



מדיניות, מענים וסטנדרטים לאיכות הטיפול בדרי רחוב סקירה בין-לאומית

טל לנטו אלן מילשטיין הילה דולב

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק
תרגום לאנגלית (תקציר): חני מנור
עיצוב גרפי: ענת פרקו-טולדנו

הסקירה הוזמנה על ידי מינהל סיוע לבתי משפט ותקון במשרד העבודה, הרווחה
והשירותים החברתיים ומומנה בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | ניסן תשפ"א | אפריל 2021

רקע

עד סוף שנות השמונים של המאה ה-20, המענה העיקרי שניתן לדרי רחוב במדינות שונות בעולם היה נקודתי ומכוון לטיפול קצר מועד במשבר. בשנות התשעים, לנוכח עלייה בהיקף אוכלוסיית דרי הרחוב בעולם, החלו להתמקד בתוכניות שיקום שמטרתן טיפול והוצאה ממעגל החיים ברחוב. במקביל, וביתר שאת בתחילת שנות ה-2000, הופיעו מענים המתמקדים במתן פתרונות דיור ובמינעה. בעשורים האחרונים מתקיים שיח רב, הן בקרב קובעי המדיניות במדינות שונות בעולם, הן בקרב אנשי המחקר והאקדמיה, סביב השאלה מהם המענים המתאימים והיעילים ביותר לטיפול באוכלוסיית דרי הרחוב. שיח זה מתנהל על רקע שתי גישות מובילות – הגישה הלינארית שמבוססת על מעבר בין שלבי הטיפול השונים עד להגעה לדיור עצמאי; וגישת "דיור תחילה", שדוגלת בהענקת דיור קבוע כשלב ראשון בהתמודדות עם תופעת דרות הרחוב.

בישראל, תופעת דרות במקומות ציבוריים היא תופעה חדשה יחסית המוכרת מראשית שנות התשעים. בשנת 2019 הוערך שיעורם של דרי הרחוב בכ-0.03% מן האוכלוסייה הכללית. מדיניות הטיפול בישראל מבוססת על הגישה הלינארית, שכוללת תוכניות עם שלבים מובנים של טיפול ושל מענים ומעבר ביניהם עד להגעה לדיור עצמאי, אך בשנים האחרונות עלה גם דיון הנוגע לאימוץ של תוכניות בגישת "דיור תחילה".

באוגוסט 2020, פנה מינהל סיוע לבתי משפט ותקון במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לבחון את המדיניות והמענים הקיימים בנוגע לאוכלוסיית דרי הרחוב וכן את הסטנדרטים הנהוגים בשירותים הניתנים להם.

מטרה

מטרת הסקירה היא לבחון את המדיניות והמענים הקיימים בעולם בנוגע לאוכלוסיית דרי הרחוב. הסקירה נועדה לשפוך אור על השאלות האלה: (1) מהם המאפיינים והצרכים של אוכלוסיית דרי הרחוב? (2) מהן הגישות ומהם סוגי המענים הקיימים לטיפול באוכלוסייה זו? (3) מהם הסטנדרטים המקובלים בשירותים הניתנים להם?

שיטה

הסקירה מבוססת על מגוון מקורות מידע מן הארץ ומן העולם. לשם בחינת ההגדרות לדרי רחוב, ההסברים לתופעה, מאפייני האוכלוסייה וצרכיה, נסקרה ספרות מדעית בין-לאומית. לצורך בחינת המדיניות בעולם, נבחנו מסמכי מדיניות של ארגונים בין-לאומיים ומסמכי מדיניות של המדינות: קנדה, אוסטרליה, פינלנד ושוודיה, שמייצגות שימוש בגישות שונות לטיפול בדרי רחוב ושינוי במדיניות לאורך השנים. לבסוף, לצורך בחינת הסטנדרטים לטיפול בדרי רחוב, נבחנו מחקרים השוואתיים שעוסקים בנושא ומסמכים של סטנדרטים לאיכות הטיפול במדינות דוברות אנגלית: אוסטרליה, אירלנד וארה"ב. איסוף המידע לסקירה נערך בין החודשים ספטמבר 2020 לדצמבר 2020.

ממצאים ומסקנות

אוכלוסיית דרי הרחוב היא מגוונת ובדרך כלל יש לה צרכים רבים ומורכבים (בריאותיים, תעסוקתיים ואישיים). בבחינת מחקרים שבדקו את יעילות גישות הטיפול נמצא כי "דיוור תחילה" מצליחה יותר בשימור הדיוור לטווח ארוך ומתאימה יותר לדרי רחוב עם מוגבלות נפשית, בעוד הגישה הלינארית עובדת היטב בהכנה לקראת המעבר לדיוור עצמאי, והיא מתאימה במיוחד לדרי רחוב עם בעיות התמכרות שיש להם מוטיבציה גבוהה לשיקום והם מסוגלים להתמודד עם הסדרי דיוור משותף. לכן מומלץ לשלב בין שתי הגישות ולהשתמש בהן באופן דיפרנציאלי, בהתאם לצורכי מקבלי השירות.

בחינת הסטנדרטים הנהוגים לטיפול בדרי רחוב מצביעה על אחידות בין המדינות בכל הקשור לתפיסה הכוללת של הטיפול בהם, לצד סטנדרטים המכוונים לשירותים ספציפיים. הסטנדרטים המכוונים לכלל השירותים הם: (1) שיתוף מקבלי השירות בתהליך לצורך הבעת עמדתם והגברת מחויבותם בתהליך, בהתאם לרצונם ונכונותם להיות שותפים בתהליך; (2) תמיכה אינטגרטיבית והסדרת השירות לתכלול מגוון השירותים שדרי הרחוב זקוקים להם; (3) התערבות מוקדמת ומניעה לשם צמצום דרות הרחוב הכרונית; (4) העסקת כוח אדם איכותי שמסוגל להתאים עצמו ולתפור "חליפת שירות" אישית לדרי הרחוב, בהתאם לצרכים האישיים של כל אחד מהם.

לצד אלה, ישנם סטנדרטים שמקבלים דגש שונה לפי סוג המסגרת: (1) במסגרות חירום המספקות לדרי הרחוב מענה קצר טווח, כגון קורת גג ומזון, המיקוד הוא בסטנדרטים הנוגעים לתשתית ולתנאים הפיזיים, להיבטים מנהליים ולכללי התנהלות; (2) במסגרות לדיוור זמני ממושך (דיוור מעבר) המספקות פתרונות דיוור זמניים לתקופה ממושכת יחד עם תמיכה בדרגת אינטנסיביות משתנה, המיקוד הוא בסטנדרטים הנוגעים לתנאי הסף, לגובה התשלום, למשך זמן השהייה במסגרת ולתוכניות התמיכה שהן צריכות לספק; (3) במסגרות לדיוור תומך קבוע, המספקות דיוור קבוע עם שירותי תמיכה פרטניים, המיקוד הוא בסטנדרטים הנוגעים לתנאי השכירות ולמתן אפשרויות גישה לשירותים בקהילה.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
2	2. הסקירה
2	2.1 מטרת הסקירה
2	2.2 שיטת הסקירה
3	3. דרי רחוב – הגדרות, היקף התופעה, הסברים לתופעה וצורכי האוכלוסייה
3	3.1 הגדרות – מיהו דר הרחוב?
3	3.2 ההגדרה בישראל
5	3.3 היקף התופעה ומאפייני אוכלוסיית דרי הרחוב בישראל
6	3.4 הסברים לתופעת דרי הרחוב
8	3.5 צורכי אוכלוסיית דרי הרחוב
9	4. מענים מקובלים לטיפול בדרי רחוב
9	4.1 הגישה הלינארית
11	4.2 גישת "דיור תחילה"
13	4.3 מענים טיפוליים תומכים
14	4.4 סיווג המענים הקיימים
16	5. מדיניות הטיפול בדרי רחוב – מבט השוואתי
19	6. סטנדרטים לטיפול מיטבי בדרי רחוב
20	6.1 סטנדרטים משותפים
22	6.2 סטנדרטים לפי שירותים – מבט משווה
24	6.3 איכות השירותים ועמידה בסטנדרטים
25	7. סיכום
27	עוד פרסומים של המכון בנושא
28	מקורות
34	נספחים
34	נספח א: סטנדרטים לאיכות הטיפול בחסרי בית באוסטרליה
36	נספח ב: מסגרת סטנדרטים לאיכות הטיפול בחסרי בית, ברמה הלאומית באירלנד

רשימת הלוחות

5	לוח 1: מאפייני ההגדרה לחסרי בית – מבט השוואתי לפי טיפולוגית ETHOS
5	לוח 2: היקף תופעת דרי הרחוב בישראל בשנת 2019
12	לוח 3: השוואה בין הגישה הלינארית לגישת "דיוור תחילה"
19	לוח 4: מסגרת חוקית של מדינות שונות לטיפול בדרי הרחוב
24	לוח 5: מיקוד הסטנדרטים לפי רמות שירות
34	לוח א-1: National homelessness standards key organisational areas

רשימת התרשימים

6	תרשים 1: שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב דרי רחוב בישראל בשנת 2019
15	תרשים 2: שיטת מיון השירותים עבור חסרי בית ודרי רחוב

1. מבוא

הזכות לדיור מעוגנת באמנות בין-לאומיות שונות אשר מכירות בזכותן הבסיסית של כל אדם לדיור נאות. סעיף 25 של ההכרזה לכל באי עולם בדבר זכויות האדם ([The Universal Declaration of Human Rights](#)), וסעיף 11 באמנה הבין-לאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות ([International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights](#)) קובעים כי כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה לו ולמשפחתו, לרבות דיור נאות. בימים אלה של מגפה עולמית, שבה אזרחי מדינות העולם נדרשים לשהות בבתיהם, הזכות לדיור קיבלה משנה תוקף.

במחקר שנערך ב-OECD נמצא כי מבין 42 מדינות שנבחנו, ל-17 מדינות יש אסטרטגיה לאומית פעילה למאבק בתופעת דרי הרחוב, וב-11 מדינות נוספות יש אסטרטגיות אזוריות או מקומיות. באותו מחקר ישראל נמנתה עם המדינות שכלל אין להן אסטרטגיה למאבק בתופעה (OECD, 2020a). תופעת דרות במקומות ציבוריים בישראל היא תופעה חדשה יחסית המוכרת מראשית שנות התשעים של המאה ה-20. לפי נתוני משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (להלן: משרד הרווחה), אחוז דרי הרחוב הנספרים במדינה ביחס לאוכלוסייה הכללית הוא מן הנמוכים בעולם ועמד על 0.03% בלבד בשנת 2019 (מ. מטר, תקשורת בין-אישית, 23 בנובמבר 2020). לעומת זאת, ההערכה של האגודה לזכויות האזרח משנת 2009, שמשמשת בהגדרה רחבה יותר לדרי רחוב, היא שבישראל מספרם של אלה שמתגוררים בכלי רכב, בבתים נטושים, בגנים ציבוריים, על ספסלי רחוב, או בחדרי מדרגות עומד על כ-25,000 איש (גן-מור ופריבך-חפץ, 2009). יש להתייחס למספרים אלו בזהירות שכן תופעת דרות הרחוב קשה למדידה ולהשוואה בין מדינות. קושי זה נובע משתי סיבות: ראשית, הנטייה של אוכלוסייה זו להימנע מפנייה לשירותים מוסדיים (סנטו וברגר, 2014); ושנית, מספר דרי הרחוב תלוי בהגדרה של אוכלוסייה זו במדינה והמספרים משתנים בין מדינות לעיתים משום שהם מבוססים על הגדרות שונות.

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל התבקש על ידי מינהל סיוע לבתי משפט ותקון במשרד הרווחה לבצע סקירה בין-לאומית שתבחן את המדיניות, המענים והסטנדרטים המקובלים בטיפול באוכלוסיית דרי הרחוב במדינות שונות. חשוב לציין כי סקירה זו עוסקת בגישות טיפול המספקות קורת גג לדרי הרחוב בתוכניות שיקום ובשירותים נלווים. מכאן, שתוכניות תומכות ותוכניות העשרה או קצבאות סיוע של המדינה לא יכללו בסקירה.

2. הסקירה

2.1 מטרת הסקירה

מטרת סקירה זו היא לבחון את המדיניות הקיימת בנוגע לטיפול באוכלוסיית דרי הרחוב ואת המענים הניתנים לאוכלוסייה זו. הסקירה נועדה לשפוך אור על השאלות האלה: (1) מהם המאפיינים והצרכים של אוכלוסיית דרי הרחוב? (2) מהן הגישות ומהם סוגי המענים הקיימים לשיקום אוכלוסייה זו? (3) מהם הסטנדרטים המקובלים בטיפול בה?

2.2 שיטת הסקירה

איסוף המידע לסקירה נעשה בין ספטמבר 2020 לנובמבר 2020 והתבסס על שלושה סוגים עיקריים של מקורות מידע:

1. לצורך בחינת ההגדרות לדרי הרחוב, ההסברים לתופעה, מאפייני האוכלוסייה וצרכיה, נסקרו מקורות אקדמיים. חיפוש מאמרים נערך באמצעות מנועי החיפוש: Google, Google Scholar ו-Web of Science על פי שימוש במילים ובמונחים הקשורים לדרי רחוב:

homeless definition/needs/characteristics", "homeless housing models", "homeless rehabilitation", "housing" "first", "continuum of care", "staircase model", "pathways to housing", "homeless policy", "homeless prevention

2. כדי לבחון מדיניות בעולם, נסקרו מסמכי מדיניות ומחקרים של ארגונים בין-לאומיים: [FEANTSA](#) – הפדרציה האירופית של הארגונים הלאומיים העובדים עם אנשים חסרי בית, ו-[OECD](#). כמו כן נסקרו מסמכי מדיניות של המדינות: קנדה, אוסטרליה, פינלנד ושוודיה, שמייצגות שימוש בגישות שונות לטיפול בדרי רחוב ושינוי ביישום הגישות במשך השנים.

3. כדי לזהות את הסטנדרטים למתן שירותים לדרי רחוב נבחנו סטנדרטים לאיכות הטיפול במדינות: אוסטרליה, אירלנד וארה"ב (הבחירה במדינות אלו היא מטעמי היכרות עם השפה האנגלית).

3. דרי רחוב – הגדרות, היקף התופעה, הסברים לתופעה וצורכי האוכלוסייה

3.1 הגדרות - מיהו דר הרחוב?

דרי הרחוב, כהגדרתם בישראל (ר' סעיף 3.2), הם למעשה תת אוכלוסייה באוכלוסיית "חסרי הבית" הרחבה יותר שכוללת גם אנשים שלא תמיד גרים ברחוב או במקומות ציבוריים. אך גם המושג "חסר בית" הוא שנוי במחלוקת ואין לו הגדרה מוסכמת הן בספרות המקצועית הן במסמכי המדיניות של המדינות השונות. בין היתר, הבדלים במינוח נובעים מהבדלים תרבותיים – מה שנתפס כדיור נורמטיבי במדינה אחת, נתפס במדינה אחרת כצורת דיור שאינה ראויה למגורי אדם (סנטו וברגר, 2014). האופן שבו מגדירים את אוכלוסיית חסרי הבית חשובה משתי סיבות מרכזיות: האחת היא להבנת היקף התופעה, והשנייה נוגעת להיבטים של מדיניות, פיתוח שירותים לאוכלוסייה והגדרת הזכאות לקבלת השירותים.

ארגון FEANTSA יצר טיפולוגיה אשר מטרתה לאפשר השוואה בין מדיניות ומצב חסרי הבית במדינות שונות (ETHOS – the European Typology of Homelessness and Housing Exclusion). הטיפולוגיה מסווגת אנשים לפי המצב שבו הם חיים, ומחזקת את התפיסה שחסרות בית היא תהליך ולא תופעה סטטית, כלומר יש רמות שונות לחסרות בית וניתן לעבור בינן לאורך זמן (שיינטוך, 2008). הקטגוריות הכלולות בטיפולוגיה הן:

- **היעדר קורת גג או דרות רחוב** (rooflessness) – מי שאין לו מחסה מכל סוג שהוא.
 - **היעדר בית** (houselessness) – מי שיש לו מקום זמני ללינה, במוסדות או בבית מחסה.
 - **חיים בדיור לא בטוח** (insecure housing) – מי שמקום מגוריו מאיים בשל תקופת שכירות לא בטוחה, פינוי או אלימות בתוך הבית.
 - **חיים במגורים לא הולמים** (inadequate housing) – מי שחי במקום לא חוקי או בתנאים ירודים.
- סקירה זו מתמקדת באוכלוסיית דרי הרחוב כפי הם מוגדרים בישראל. לפי טיפולוגיית ETHOS מדובר בקטגוריה הראשונה – **היעדר קורת גג או דרות רחוב** (rooflessness).

3.2 ההגדרה בישראל

על פי פרק 3.33 בתע"ס דרי רחוב הם (משרד הרווחה, 2010): (ההדגשות לא מופיעות במקור)

"אדם (גבר או אישה) **מעל גיל 18**, הגר ברחוב, בבתי נטושים, גנים ושטחים ציבוריים, אתרי בנייה וכו', השרוי בהזנחה גופנית/נפשית, בדרך כלל נמצא בניתוק או ניכור ממשפחה תומכת. **דר הרחוב אינו נאבק לשנות את מצבו ואינו מסוגל לנהל חיים נורמטיביים**, ולו אחד או יותר מהמאפיינים האלה:

- היסטוריה של אי-יציבות במגורים וניידות ברחבי הארץ
- חסר תעודות אישיות (תעודת זהות, תעודת עולה, וכו')
- חסר מקורות קיום קבועים
- התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים כמו אלכוהול וסמים
- היסטוריה של אלימות ומשברים אישיים ומשפחתיים
- היסטוריה של חולי גופני או נפשי או הפרעות נפשיות עם רקע של אשפוזים פסיכיאטריים
- חוסר אמון בסיסי באחרים וחשדנות כלפי רשויות וממסד
- אי-תפקוד ברוב תחומי החיים ורצף של כישלונות ודחיות

אוכלוסיות נוספות שאינן מוגדרות כדרי רחוב:

- יחידים ומשפחות המתקשים בתשלום משכנתאות ומוצאים מביתם
- מרוחקי בית על פי צו בית המשפט עקב אלימות במשפחה
- אסירים משוחררים
- קטינים עד גיל 18 (מטופלים על ידי יחידות ושירותים אחרים)

כאמור, התע"ס מבחין בין דרי רחוב ובין חסרי בית ומאמץ אך ורק את הקטגוריה הראשונה מתוך טיפולוגית ה-ETHOS של ארגון FEANTSA. חסרי בית הם מי שנאבקים לשינוי מצבם והטיפול בהם הוא באחריות משרד הבינוי והשיכון. יש הטוענים כי ההבחנה בישראל בין "דרי רחוב" ל"חסרי בית" מביאה לסרבול בירוקרטי וכי יש להרחיב את ההגדרה ולמנות גוף ממשלתי אחד שיטפל בכלל האוכלוסייה (שיינטוך, 2008; בס ספקטור, 2010).

ההגדרה הישראלית נחשבת להגדרה צרה לעומת הגדרות של מדינות אחרות ולעומת הטיפולוגיה שמציע FEANTSA והיא כוללת קבוצה מצומצמת באוכלוסייה (ר' **לוח 1**). מלבד הגבלת הגיל¹; דר הרחוב בישראל מוגדר בתע"ס כמי שלא מנסה לשנות את מצבו. כלומר, מי שנפלט לרחוב, אך מנסה באופן פעיל לשפר את מצבו, אינו נכלל בהגדרה. עם זאת, מינהל סיוע לבתי משפט ותקון במשרד הרווחה מצייין כי יש דרי רחוב שנאבקים למען שיפור מצבם, למשל דרך הגשת עתירות ומיצוי זכויות, ועדיין מוגדרים כדרי רחוב ומקבלים סיוע. נוסף על כך, הוגדרו תנאים שיש לעמוד באחד מהם לפחות כדי להיכלל באוכלוסייה: הזנחה גופנית או נפשית, בדרך כלל ניתוק או ניכור ממשפחה תומכת. מדינה אחרת שבה ניתן למצוא הגדרה צרה לחסרי בית היא יפן אשר מתייחסת רק לאוכלוסייה שנעדרת קורת גג. לעומת ישראל ויפן, במדינות כמו אוסטרליה ושוודיה אין הגבלת גיל וכלל הקטגוריות של FEANTSA נכללות. הן ביפן הן באוסטרליה ושוודיה אין תנאים נוספים שיש לעמוד בהם.

¹ דרי רחוב מתחת לגיל 18 מקבלים שירות מתוקף היותם "קטינים נזקקים" כמוגדר בחוק הנוער (טיפול והשגחה) תש"ך-1960.

לוח 1: מאפייני ההגדרה לחסרי בית – מבט השוואתי לפי טיפולוגיית ETHOS

קטגוריה	ישראל	אוסטרליה	שוודיה	יפן
גיל	מעל גיל 18	כולם	כולם	כולם
היעדר קורת גג	כן	כן	כן	כן
היעדר בית	לא	כן	כן	לא
דיוור לא בטוח	לא	כן	כן	לא
מגורים לא הולמים	לא	כן	כן	לא
תנאים נוספים	הזנחה גופנית או נפשית, בדרך כלל בנייתוק או ניכור ממשפחה תומכת. אינו נאבק לשינוי מצבו	אין	אין	אין

3.3 היקף התופעה ומאפייני אוכלוסיית דרי הרחוב בישראל

במיקופי נתוני דרי הרחוב שערך משרד הרווחה בשנת 2019, נמצא כי בישראל היו 2,723 דרי רחוב שטופלו על ידי היחידות העירוניות לטיפול בדרי רחוב באותה שנה. היחידות העירוניות מעריכות שהיו עוד 276 דרי רחוב לא מוכרים (שלא פנו לקבל שירות) בשטחן. מרבית דרי הרחוב נמצאים במרכז הארץ, בעיקר באזור תל-אביב (ר' **לוח 2**).

לוח 2: היקף תופעת דרי הרחוב בישראל בשנת 2019 (במספרים)

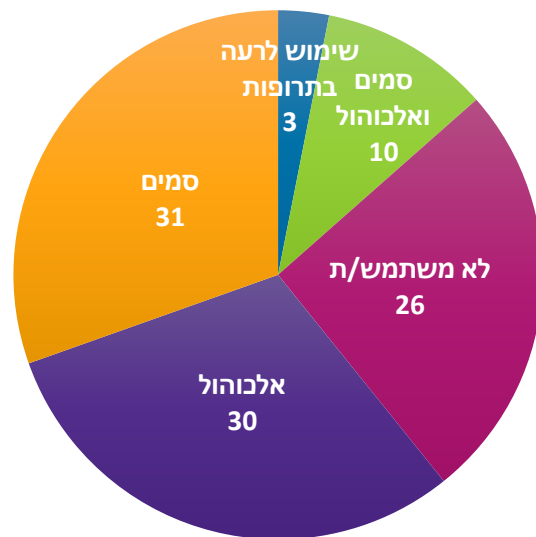
סך הכול ארצי	מחוז ירושלים	מחוז דרום	מחוז חיפה והצפון	מחוז ת"א והמרכז	דרי רחוב שטופלו על ידי היחידה העירונית 2019
2,723	415	143	494	1,671	דרי רחוב שטופלו על ידי היחידה העירונית 2019
276	38	24	68	146	אומדן דרי רחוב הנמצאים בשטחה של הרשות ולא מקבלים שירות מן היחידה העירונית (בלתי מוכרים)

מקור הנתונים: אגף התקון, משרד הרווחה

עוד עולה מן הנתונים של משרד הרווחה, שהרוב המוחלט של דרי הרחוב הם גברים (87%), לצד מיעוט של נשים (13%). מרביתם (כ-58%) נמצאים בטווח הגילים 36-55 שנים. כמחציתם ילידי ברית המועצות לשעבר, כשליש ילידי הארץ (8% הם מקרב האוכלוסייה הערבית) והשאר עולים ממדינות אחרות.

הרוב המוחלט של דרי הרחוב עושים שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים (ר' **תרשים 1**): 31% עושים שימוש בסמים ו-30% מכורים לאלכוהול, 10% צורכים סמים ואלכוהול יחד ו-3% עושים שימוש לרעה בתרופות. רק 26% מדרי הרחוב מדווחים ככאלו שלא משתמשים כלל בסמים או אלכוהול. בנוגע למצב הבריאותי של דרי הרחוב, לפי אומדנים של משרד הרווחה, כ-18% סובלים מבעיה בריאותית גופנית וכרבע במצב של מוגבלות נפשית. כ-16% מדרי הרחוב חווים תחלואה כפולה.

תרשים 1: שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב דרי רחוב בישראל בשנת 2019 (N=2,195) (באחוזים)



מאפיינים אלו של דרי הרחוב בישראל תואמים את המתואר בעולם: רוב מוחלט של גברים, גיל ממוצע של 36 בקירוב ולרבים בעיות כרוניות הכוללות התמכרויות לסמים ואלכוהול, בעיות בריאות ומוגבלויות פיזיות (אברמוביץ, 2013).

3.4 הסברים לתופעת דרי הרחוב

לדרות רחוב הסברים משני סוגים: הסברים אישיים והסברים מבניים. הסברים אלו אינם סותרים זה את זה, אלא משלימים, שכן המאפיינים האישיים, לצד מדיניות ומגבלות מבניות, פועלים יחד ומשפיעים על מי שהופך לדר רחוב (שיינטוך, 2008; אברמוביץ, 2013):

1. **הסברים אישיים** קושרים את מצבו של דר הרחוב בהחלטות שקיבל ובמאפיינים כגון מוגבלות נפשית, שימוש בסמים ואלכוהול² עבריינות ובעיות אלימות בבית. הטענה היא כי האדם הגיע להיות דר רחוב עקב החלטה אישית לעזוב את מקום מגוריו ולפרק את הקשרים החברתיים עם קרובי משפחה, בני זוג ואנשים משמעותיים אחרים. החלטות כאלה מביאות גם להחלשת היכולת לקיים חיים עצמאיים (Tessler et al., 2001).

2. **הסברים מבניים** קושרים את מצבו של דר הרחוב לסיבות כגון עוני, מחירי דיוור, יוקר המחייה, קושי בשוק העבודה ומדיניות הרווחה. לפי התפיסה הזו, אוכלוסיית דרי הרחוב היא אוכלוסייה מוחלשת שכרעה תחת הנטל בעל כורחה. מצבם של דרי הרחוב לא נובע ממעשיהם או מהיעדר המוטיבציה שלהם לשנות את מצבם (שיינטוך, 2008; Main, 1998).

במחקר שנערך בקרב דרי רחוב בארה"ב ושהסתמך על דיווח עצמי שלהם, נמצא כי רובם מייחסים את מצבם להסברים מבניים כגון הכנסה לא מספקת, אבטלה והיעדר דיוור מתאים, ללא קשר להיותם אנשים עם מוגבלות נפשית (כ-65% מן הנשאלים היו אנשים עם מוגבלות נפשית) (Mojtabai, 2005). במחקר אחר עם ממצאים דומים נמצאה גם שונות בדיווח העצמי בין גברים לנשים. גברים, שהם הרוב המוחלט של אוכלוסיית דרי הרחוב, נוטים לציין את הסיבות שלהלן למצבם: אובדן עבודה, שחרור ממוסד, בעיות נפשיות וצריכת אלכוהול או סמים. סיבות אלו נוגעות יותר להסברים אישיים, למוגבלות נפשית ולהתמכרויות. נשים מציינות סיבות שונות לדרות רחוב הנוגעות ליחסים בין-אישיים וכירוקם: פינוי מדירה, סכסוך בין-אישי ומקור תמיכה שכבר אינו מסוגל או מוכן לעזור (Tessler et al., 2001).

לגישות אלו יש השפעות על המדיניות הננקטת במדינה לטיפול בתופעת דרי הרחוב. גישת ההסברים האישיים דורשת השקעה רבה יותר בטיפול אישי בדרי הרחוב, בין אם מדובר במתן טיפול פסיכיאטרי לאנשים עם מוגבלות נפשית או בגמילה משימוש בחומרים ממכרים. לעומת זאת, גישת ההסברים המבניים דורשת פתרונות מבניים, כמו הגדלת זמינותו ונגישותו של דיוור בר השגה (Mojtabai, 2005).

כמו כן יש הבדל בין הגישות בתפיסה הערכית של החברה את דרי הרחוב. גישת ההסברים האישיים טומנת בחובה שיפוטיות, טוענת כי דרי הרחוב "אשמים" במצבם ומייחסת להם תכונות שליליות – מסכנות, חוסר אונים, מחסור כרוני בכוחות, יכולות או כישורים, בטלנות, פסיביות ונצלנות, אלימות, תוקפנות, שקרנות, ניכור וחוסר מוסריות. לעומת זאת, גישת ההסברים המבניים מייחסת חלק מן "האשמה" למדינה ולמדיניות שהיא מתווה ומתייחסת למצבי עוני ומחסור בבית כהפרה של זכויות אדם בסיסיות (כהן ואח', 2016). בעשורים האחרונים מתפתחת גישה ביקורתית לחקר העוני (עבודה סוציאלית מודעת-עוני), הקוראת לחוקרים ולעובדים סוציאליים שלא לראות באנשים החיים בעוני קורבנות פסיביים אלא סוכנים חברתיים פעילים המתנגדים למצבם. לפי תפיסה זו, לאנשים אלה ידע וכוח והם מתמודדים עם העוני כחלק משגרת יומם, ונאבקים בהבניות חברתיות ובמוסדות חברתיים בלתי שוויוניים ומדכאים (קרומר-נבו, 2015).

² שימוש בסמים נתפס גם כדרך להתמודד עם החיים ברחוב, חלק מתרבות דרי הרחוב, ואיננו בהכרח גורם לדרות רחוב (Williams & Stickley, 2011).

3.5 צורכי אוכלוסיית דרי הרחוב

טענה רווחת בקרב חוקרים היא שהיעדר דיור יציב הוא המאפיין המרכזי שמגדיר את אוכלוסיית דרי הרחוב, אך דיור אינו בהכרח הצורך הקריטי ביותר. לדרי רחוב יש צרכים בריאותיים, תעסוקתיים ואישיים, לצד צרכים יום-יומיים. במחקר שנערך בקרב דרי רחוב בוגרים, כאשר התבקשו המשתתפים לתעדף צרכים בסיסיים (כולל דיור), הם בחרו תחילה ב**בריאות** (Gelberg & Linn, 1989; Acosta & Toro, 2000). בעיות הבריאות של דרי הרחוב הן בדרך כלל רבות, מורכבות וגורמות ליותר תמותה בקרב אוכלוסייה זו (Holzhauer et al., 2019). במחקר נוסף שבחן את צורכי הבריאות של דרי הרחוב בארה"ב, רוב המשתתפים דיווחו על לפחות צורך בריאותי אחד שאינו מסופק. בין צורכי הבריאות שדווחו: חוסר יכולת להשיג טיפול רפואי או כירורגי נחוץ, תרופות מרשם, טיפול נפשי, משקפי ראייה וטיפול שיניים (Baggett et al., 2010).

מלבד הצורך הבריאותי, דרי הרחוב מדווחים על הצורך ב**כישורי חיים** שיביאו ליציאתם מן הרחוב – הכשרה תעסוקתית, חינוך, הכנסה קבועה וביטחון תעסוקתי (Acosta & Toro, 2000; Price et al., 2019). כמו כן הם מתארים את החיים ברחוב במונחים של "הישרדות" ו"ג'ונגל" שבו הם צריכים למצוא **מזון ומחסה** שיעניק להם ביטחון אישי (אברמוביץ, 2013; Paudyal et al., 2017). עוד עולה הצורך ב**בניידות**, שכן לא תמיד יש לדרי הרחוב גישה לתחבורה ציבורית (Acosta & Toro, 2000).

דרי הרחוב מבטאים גם את הצורך ב**קבלה ושייכות לחברה**. לחוויה של דרות רחוב יש השפעה עמוקה על תחושת הזהות. דרי הרחוב חווים תחושה של דיכוי, אובדן תפקיד חברתי ואובדן שייכות. הם מתמודדים עם הסטיגמה שדבקה בהם ורבים מדווחים כי הם מרגישים שנקלעו למעגל סגור של חיים ברחוב עם מעט הזדמנויות לפרוץ אותו (Williams & Stickle, 2011). לדרי הרחוב צורך ב**משמעות** ורצון להרגיש בני אדם בעלי ערך. עבור חלקם, החיים ברחוב הם דרך להביע את התנגדותם לדיכוי החברתי וכן ניסיון להבנות לעצמם זהות חדשה המאפיינת בהתנגדות לדיכוי החברתי ושאיפה לשחרור ממנו ו'חופש' כרכיביה המרכזיים (אברמוביץ, 2013).

4. מענים מקובלים לטיפול בדרי רחוב

עד שנות השמונים של המאה ה-20, התפיסה בעולם, ובארה"ב בפרט, הייתה כי דרי רחוב נמצאים ברחוב מתוך בחירה וכי התופעה סופה להיעלם (אברמוביץ', 2013). לכן המענה העיקרי שניתן לדרי רחוב היה אד-הוק ומכוון משבר ובא לידי ביטוי במקלטים ובתוכניות מזון לשעת חירום (Wong et al., 2006). בשנת 1987, העביר הקונגרס האמריקני את חוק הסיוע לדרי רחוב (The McKinney Vento Act), החוק הפדראלי הראשון שעסק במפורש בדרי רחוב ואשר מספק תמיכה פדרלית במגוון תוכניות ושירותים לדרי רחוב ברמה המקומית. משהתברר כי היקף תופעת דרי הרחוב רק מתרחב, וכי הטיפול בהם כושל, החלו בשנות התשעים להתמקד בתוכניות שיקום שמטרתן לטפל בדרי רחוב ולהוציא אותם ממעגל החיים ברחוב. במקביל, וביתר שאת בתחילת שנות ה-2000, הופיעו מענים המתמקדים בדיור ובמניעה. זאת, בין היתר, עקב השינוי בהבנה כי תופעת דרי הרחוב היא בעיה חברתית-מבנית רחבה, ולא תופעה הנובעת ממשבר או מסיבות אישיות בלבד (שיינטוך, 2008; Pleace et al., 2019; Mojtabai, 2005).

ישנן שתי גישות מקובלות לטיפול בדרי רחוב: הגישה הלינארית שכוללת שיקום של דרי רחוב דרך התחייבות למסלול טיפול שבסופו מגיעים לדיור קבוע; וגישת "דיור תחילה" שמציעה לדרי רחוב דיור קבוע במהירות האפשרית ורק לאחר מכן שירותים תומכים.

4.1 הגישה הלינארית

הגישה הלינארית מבוססת על ההנחה שדיור עצמאי הוא יכולת אישית ומיומנות שאין לדרי הרחוב, או שיש לעבוד איתם כדי שירכשו אותה. היא נחשבת לגישה המסורתית והדומיננטית בטיפול בדרי הרחוב. הגישה נועדה ליעל את מתן השירותים לדרי הרחוב תוך התוויית מסלול טיפול הכולל התקדמות בשלבים, כאשר בכל שלב מצבו הרפואי קליני של מקבל השירות אמור להתייבב ועליו ללמוד מיומנויות ספציפיות. ההתקדמות לאורך השלבים מותנית בשיתוף הפעולה של האדם ובעמידתו בהצלחה בתוכנית הטיפול, תוך התבססות על תפיסת "טיפול תחילה" הדורשת גמילה מחומרים ממכרים או טיפול במצבים בריאותיים, כגון מוגבלות נפשית (Padgett et al., 2006). ברגע שרמת התפקוד של מקבל השירות משתפרת, או שהצורך שלו בשירותים פוחת, הוא מסיים שלב ועובר למסגרת מגבילה פחות (Wong et al., 2006). דרי הרחוב מגיעים לדיור קבוע ועצמאי רק כאשר הם מפגינים ראיות מספיקות ל"מוכנות לדיור" (Johnsen & Teixeira, 2010; US Department of Housing and Urban Development, 2020).

הגישה הלינארית הבולטת ביותר היא זו של הרצף הטיפולי (Continuum of Care) שפותחה בארה"ב בשנות התשעים,³ ואלו שלביה (Wong et al., 2006):

1. **עבודת יישוג (reaching out), קליטה והערכה** – איתור דרי הרחוב ועידודם להתחיל תהליך שיקום. אם יש שיתוף פעולה, מבצעים תהליך קליטה והערכה (intake) כדי לזהות את צורכי האדם ולהתאים לו את המסגרת.
2. **מקלט חירום** – נועד לספק דיור ושירותים קצרי טווח כדי לתת מענה על צרכים מיידיים ולהוות חלופה מיידית ובטוחה לחיים ברחוב.

³ באירופה פועלת הגישה הלינארית באופן דומה, כאשר היא מוכרת יותר בשם "שיטת המדרגות" (staircase).

3. **דיוור מעבר** – דיוור זמני המלווה בשירותי תמיכה. זהו שירות אינטנסיבי שמטרתו לקדם "מוכנות לדיוור" באמצעות מתן שירותים טיפוליים ורפואיים ובאמצעות שירותים המחזקים יכולות עצמאיות לדרי רחוב, למשל, סיוע במציאת דיוור, העסקה והכשרה.
4. **דיוור קבוע תומך** – מיועד לאנשים עם מוגבלות תפקודית חמורה שלא מסוגלים לגור בדיוור עצמאי ללא שירותי תמיכה, למשל, אנשים עם מוגבלות נפשית קשה, אנשים עם מוגבלות פיזית ומכורים לסמים. זהו שירות ארוך טווח שמחובר לשירותים זמינים בקהילה.
5. **דיוור בר השגה** – דיוור עצמאי לאנשים שכבר לא זקוקים לתמיכה.

מחקרים שונים בארה"ב ואירופה בתחילת המאה מצאו שהגישה הלינארית היא **יעילה בהכנת מקבלי השירות למגורים עצמאיים**, הודות לכלים ולמימוניות שרוכשים דרי הרחוב ושדרושים כדי לגשר על הפער בין הרחוב לדיוור העצמאי (Gulcur et al., 2003; Johnsen & Teixeira, 2010; Kresky-Wolff et al., 2010). נוסף לכך, נמצא שגישה זו עובדת טוב יותר עם **אנשים שמוכנים להשתתף בתוכניות שיקום** ומסוגלים להתמודד עם הסדרי דיוור משותף (Tainio & Fredriksson, 2009).

עם זאת, חוקרים טוענים כי הגישה הלינארית **מתאימה פחות לדרי רחוב עם צרכים מורכבים**, שאינם מסוגלים לעמוד בדרישותיה ולכן אינם מצליחים להתקדם לחיים עצמאיים (Johnsen & Teixeira, 2010; Kertesz et al., 2009). הקושי להתקדם בשלבים השונים בתהליך השיקום נובע מכמה סיבות, בהן: הלחץ הנובע משינוי מתמיד עקב המעבר של דרי הרחוב בין שלבים ברצף; צמצום התמיכה בהם בכל שלב; שימוש בתוכניות תמיכה אחידות ('מידה אחת שמתאימה לכולם'); היעדר בחירה; והיעדר שותפות עם חסרי הדיוור עצמם (Johnsen & Teixeira, 2010).

ביקורת נוספת נוגעת לכך שהגישה הלינארית היא **סלקטיבית** ודוחה מקבלי שירות שעלולים להיות "בעייתיים", כלומר חסרי מוטיבציה לגמילה ונכונות לתהליך שיקומי. יש ביקורת גם על כך שתהליכי שיקום מעצם מהותם אינם לינאריים (Johnsen & Teixeira, 2010). תהליכי טיפול במוגבלות נפשית ובגמילה מאלכוהול וסמים מאופיינים בדרך כלל בהתקדמות ספירלית או בהתקדמות לצד רגרסיה וזה חלק בלתי נפרד ממודל השיקום (Ridgway & Zippel, 1990; West, 2006).

יתרה מזו, **הרטוריקה של "שיפור חברתי"**, הנמצאת בבסיס הגישה הלינארית (Hoch, 2000), וששמה דגש על ההסברים האישיים למצבם של דרי הרחוב ועל חוסר מסוגלותם לדיוור עצמאי, זוכה גם כן לביקורת. הגישה הלינארית לא נותנת את הדעת לכך שמצבם של דרי הרחוב הוא גם תוצאה של אילוצים מבניים (Sahlin, 2005).

4.2 גישת "דיור תחילה"

גישת "דיור תחילה" פותחה לראשונה בארה"ב בשנות התשעים על ידי ד"ר סם צמבריס (Tsemberis), פסיכולוג קליני מעמותת ["Pathways to Housing"](#) בניו יורק.

עקרונות הפעולה של 'דיור תחילה' (Pathways to Housing, 2020):

1. **דיור** – הספקת דירה לחסר הבית.
2. **בחינה** – מקבל השירות יכול להחליט אם הוא מעוניין להתחיל בתהליכי טיפול ושיקום ובאיזו אינטנסיביות.
3. **שיקום** – תהליך השיקום מותאם למטרות שמקבל השירות קובע בעצמו ובקצב המותאם לו, תוך מעורבותו המלאה בתהליך. תהליך השיקום מתמקד בחוזקות של האדם ולא בחולשות שלו.
4. **תמיכה** – מותאמת גם היא לאדם. צוות התמיכה מתאים את איש הצוות, הגישה והכלים לצרכיו ורצונותיו של מקבל השירות.
5. **קהילה** – שילוב חברתי ויצירת קשרים בקהילה כדי למנוע מצב של בידוד חברתי. שלב זה כולל גם פנייה לקהילה דרך הגברת המודעות ל"דיור תחילה" וניסיון לנפץ דעות קדומות.

הגישה עוקפת למעשה את שלבי המעבר האופייניים לגישה הליניארית על ידי כך שהנוקטים בה מאפשרים לדרי הרחוב **לעבור ישירות** מן הרחוב או ממקלט החירום למגורים עצמאיים קבועים, ובמקביל מציעים להם, אך לא מחייבים אותם, לקבל שירותי **תמיכה**. בימיה הראשונים, הייתה הגישה מכוונת רק לדרי רחוב כרוניים (אלו שנמצאים שנים רבות במצב זה) עם מוגבלות נפשית קשה, ולאחר מכן גם לדרי רחוב כרוניים עם התמכרויות (Larimer et al., 2009).

נקודת המוצא של הגישה היא "דיור תחילה" ולא "טיפול תחילה", ובכך היא מסמנת שינוי פרדיגמה בטיפול בדרי הרחוב. הנחת היסוד היא שהדרך הטובה ביותר להתכונן לדיור עצמאי היא לחיות בדיור כזה. הגישה מפרידה בין טיפול, הנחשב כנתון לרצונו של האדם, לדיור הנחשב כצורך בסיסי וכזכות יסוד של אדם. התפיסה כאן היא שהאדם עצמו הוא זה שצריך לקבל את ההחלטה על אודות שינוי בחייו והבחירה האישית שלו לעשות זאת היא שתביא למחויבות שלו לתהליך ולתוצאות טובות יותר (Padgett et al., 2006).

מלבד זאת, גישת "דיור תחילה" נוקטת בדרך של הפחתת פגיעה (harm reduction) מאלכוהוליזם ומשימוש בסמים. לפי גישה זו, המטרה אינה להביא לגמילה מלאה, אלא למזער את הפגיעה הפוטנציאלית עקב ההתמכרות לאלכוהול וסמים. זו גישה שונה מגישת הפיכחון והיא מאפשרת המשך שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים. המטרה היא לצמצם את הפגיעה באיכות החיים עקב השימוש בחומרים האלה (Bothén, 2018).

מלבד השלב הראשון שהוא השמה בדירה, הגישה אינה מציגה שלבי התקדמות אלא עקרונות עבודה. תומכיה טוענים כי על ידי מתן דיור קבוע ועצמאי ללא תנאים מוקדמים לגמילה וטיפול ועל ידי הצעה (לא התעקשות) של תמיכה, מוסר חלק עיקרי מן המכשולים להשגת דיור והחזקתו בקרב דרי רחוב (Johnsen & Teixeira, 2010).

הגישה נמצאה יעילה במיוחד בכל הנוגע ל**שימור דיור** (כלומר, מקבלי השירות לא חזרו לרחוב ונשארו בדירה שסופקה להם או במגורים עצמאיים), בעיקר בקרב דרי רחוב כרוניים עם מוגבלות נפשית קשה. במחקר הערכה נמצא כי התוכנית [Pathways Housing](#)

[First](#) החזיקה בשיעור של 80 אחוז בשימור דיור במשך שנתיים (Tsemberis et al., 2004). במחקר אחר נמצא בתום הערכה ארבע-שנתית, כי לקוחות "דיור תחילה" שמרו על הדיור ביציבות במשך 75 אחוז מן הזמן במהלך ששת החודשים שקדמו למחקר, זאת לעומת 50 אחוז מן הזמן, בקרב דרי רחוב בקבוצת הביקורת שקיבלו התערבות מסוג הרצף הטיפולי (Padgett et al., 2006).

למרות ההצלחה בשימור הדיור ובביטחון בדיור, נטען כי גישת "דיור תחילה" לא נותנת את הכלים להתמודד עם חיי היום-יום. במחקרי הערכה לא נמצאה התקדמות ניכרת בקרב מקבלי השירות, בהיבטים של שילוב קהילתי ויצירת שגרת חיים יציבה (Johnsen & Teixeira, 2010). אלמנטים מרכזיים של שיפור, כמו תקווה לעתיד, עבודה, הנאה מחברה ומתמיכה של אחרים ומעורבות בחברה הושגו רק חלקית (Padgett, 2007). במחקר אחד אף נמצא כי דרי רחוב ששמרו על יציבות בדיור חיים ללא תעסוקה או ללא קשרים חברתיים משמעותיים (Yanos et al., 2007). כמו כן בבחינת יעילות המודל בטיפול בהתמכרויות לא נמצא כי תוכניות "דיור תחילה" מצליחות לצמצם את נזקי הסמים והאלכוהול (Pleace, 2011).

ביקורת נוספת נוגעת לכך שהמתודולוגיה של המחקרים שמצביעים על הצלחת "דיור תחילה" אינה קפדנית מספיק, וכי מרבית המחקרים שבחנו את היעילות של הגישה הגיעו מתוך הסוכנויות המפעילות אותן או היו בקשר הדוק אליהן, ומכאן עולות תהיות בנוגע לחוסר משוא הפנים הנדרש ממחקר אמפירי (Groton, 2013; Stanhope & Dunn, 2011).

לוח 3 מוצגת השוואה בין הגישה הלינארית לגישת "דיור תחילה". מן ההשוואה עולה כי לשתי גישות אלה, המספקות את המענים העיקריים הקיימים היום לטיפול בדרי רחוב, הנחות יסוד ומיקוד שונים. כמו כן כל אחת מהן מוכחת כיעילה בתחומים שונים – טיפול לעומת שימור דיור.

לוח 3: השוואה בין הגישה הלינארית לגישת "דיור תחילה"

גישת "דיור תחילה"	גישה לינארית
<ul style="list-style-type: none"> ▪ דיור היא זכות בסיסית של אדם ▪ "דיור תחילה" – מקבלי השירות יבחרו אם להתחיל בטיפול, אם בכלל 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ דיור קשור ביכולת אישית ▪ "טיפול תחילה" בכפוף לתנאי סף
הוצאה מן הרחוב ושימור דיור	<ul style="list-style-type: none"> ▪ טיפול שיקומי הדרגתי המבוסס על התקדמות בשלבים ▪ שיקום חסר הבית כך שיחזור לתפקוד נורמטיבי, לחיים בקהילה ולדיור עצמאי
הצלחה מוכחת בשימור דיור. מתאים יותר לדרי רחוב עם מוגבלות נפשית או לדרי רחוב ללא התמכרויות ומצבים מורכבים אחרים	מתאים יותר לאנשים שיש להם מוטיבציה ומסוגלות להתחיל ולהתמיד בתהליך שיקום, ויכולים להתמודד עם הסדרי דיור משותף
<ul style="list-style-type: none"> ▪ הצלחה בשימור דיור לא בהכרח באה יחד עם הצלחות בטיפול בצרכים האישיים ▪ מקבלי השירות זוכים לקורת גג, אך לא תמיד מקבלים את הכלים להתמודד עם קשיים בחיי היום-יום 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ לא מתאים לאנשים עם צרכים מורכבים ▪ שיקום איננו פרקטיקה לינארית ▪ התייחסות לדרי הרחוב כחסרי יכולת

תופעת דרי הרחוב היא תופעה מורכבת. אין פתרון אחד שיכול לתת מענה לכל צורכיהם של דרי הרחוב ולכן מתחזקת ההבנה כי חשוב ליצור מגוון של מענים ולשלב בין שתי הגישות (שיינטוך, 2018א). שילוב זה יכול לאפשר התאמה טובה יותר בין צרכים למענים. למשל, מן המחקרים עולה כי "דיור תחילה" מתאים יותר לאנשים עם מוגבלות נפשית, בעוד רצף טיפולי מסייע יותר בשיקום של אלו הסובלים מהתמכרויות לסמים ואלכוהול. השילוב יכול לבוא לידי ביטוי גם באימוץ של עקרונות והנחות יסוד. למשל, יש כיום מענים בגישת הרצף הטיפולי שמאמצים את הגישה של שותפות מקבלי השירות בתהליך השיקום שלהם ובהורדת תנאי הסף לכניסה למסגרות (County of Santa Clara, 2020); ואילו ישנם מענים של "דיור תחילה" שמציבים קריטריונים של זכאות ושמגבילים את משך הזמן של שהיה בדיור (Johnsen & Teixeira, 2010).

דוגמה לשילוב בין הגישות היא במודל שקיים בארה"ב ובו חזרה מהירה לדיור (rapid re-housing). לפי מודל זה, המשתייך לתוכנית הרצף הטיפולי, מוצעת אפשרות לעבור במהירות לדיור קבוע ולדלג על דיור המעבר או לשהות בו רק למשך זמן קצר. מודל זה מוצע בעיקר למשפחות או לאנשים עם צרכים מורכבים, שמתקשים להתמודד עם מסגרות זמניות (US Department of Housing and Urban Development, 2020).

ישנה שאלה הנוגעת לכדאיות של התוכניות מבחינה כלכלית. יש הטוענים כי גישת "דיור תחילה" היא יקרה מדי עקב הצורך בהחזקה של דירות וקיום תהליך השיקום במסגרתן. מנגד, יש הטוענים כי בעוד ייתכן כי "דיור תחילה" הוא יקר יותר, הוא מקטין את השימוש של מקבלי השירות בשירותי חירום כמו בתי חולים ומקלטים ולכן הוא יעיל יותר כלכלית. עלויות התוכניות שונות מאוד ממדינה למדינה ותלויות בין היתר בשוק הדיור המקומי. הספרות עוסקת בנתונים של עלות/תועלת ולא בעלויות מוחלטות ויש מחלוקת בנושא (Ly & Latimer, 2015).

4.3 מענים טיפוליים תומכים

מלבד הגישה הלינארית וגישת "דיור תחילה" התפתחו מענים נוספים עבור דרי רחוב, שנועדו לתת להם מענה טיפולי תומך. מענים אלו מכוונים לאנשים עם מוגבלות נפשית ומבוססים על תמיכה אינטנסיבית בפרקי זמן מוגבלים.

4.3.1 התערבות בנקודות זמן קריטיות (CTI – Critical Time Intervention)

CTI היא התערבות טיפולית מוגבלת בזמן המעניקה תמיכה לאנשים בנקודות זמן רגישות, בדגש על תקופות מעבר. המטרה היא לגשר על הפער בין אינטנסיביות השירותים שניתנים בנקודות המעבר ולמנוע את תופעת הדלת המסתובבת. כך למשל במעבר בין שלבים ברצף הטיפולי, או במעבר בין מוסד רפואי למגורים עצמאיים. מודל זה התפתח בשנות השמונים והתשעים בניו יורק על ידי קבוצה של פסיכיאטרים שהוטרדו מכך שאנשים עם מוגבלות נפשית שמשחררים ממוסדות רפואיים ומושמים בדיור, מוצאים את עצמם לבסוף ברחוב. הם מצאו שאם אותם אנשים מקבלים תמיכה אינטנסיבית בחודשים הראשונים להשמתם בדיור, ובמסגרתה מקשרים אותם לגורמי טיפול ורווחה בקהילה, אזי לאחר תקופת זמן זו, הקשרים האלו נשמרים ושוברים על אותם אנשים בדיור גם לאחר תום התמיכה האינטנסיבית (Center for the Advancement of Critical Time Intervention, 2020).

ניסיון זה בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית הוכח כמוצלח, והביא ליישום המודל בקרב אוכלוסיות פגיעות אחרות שחוות משברים בנקודות זמן קריטיות של מעברים, בהם דרי הרחוב. עלותה השנתית של התוכנית בארה"ב מוערכת ב-7,000 דולר בקרוב, לכל משתתף (Social Programs That Work, 2020).

4.3.2 טיפול קהילתי אסרטיבי (Assertive Community Treatment – ACT) וטיפול פרטני אינטנסיבי (Intensive Care Management – ICM)

שתי גישות לשיקום ותמיכה באנשים מאוכלוסיות פגיעות, בדגש על מוגבלות נפשית, תוך מתן טיפול מקיף ומבוסס קהילה המערב כמה אנשי צוות. טיפול קהילתי אסרטיבי דומה לטיפול פרטני אינטנסיבי בהיבטים רבים, וההבדל העיקרי הוא מבני: הדגש בטיפול קהילתי אסרטיבי הוא על עבודה בצוות, ואילו טיפול פרטני אינטנסיבי מדגיש את מספר המטופלים לכל מטפל. הדמיון בין הגישות מביא לכך שלעיתים משתמשים בשם האחת לתיאור האחרת (בקר, 2016).

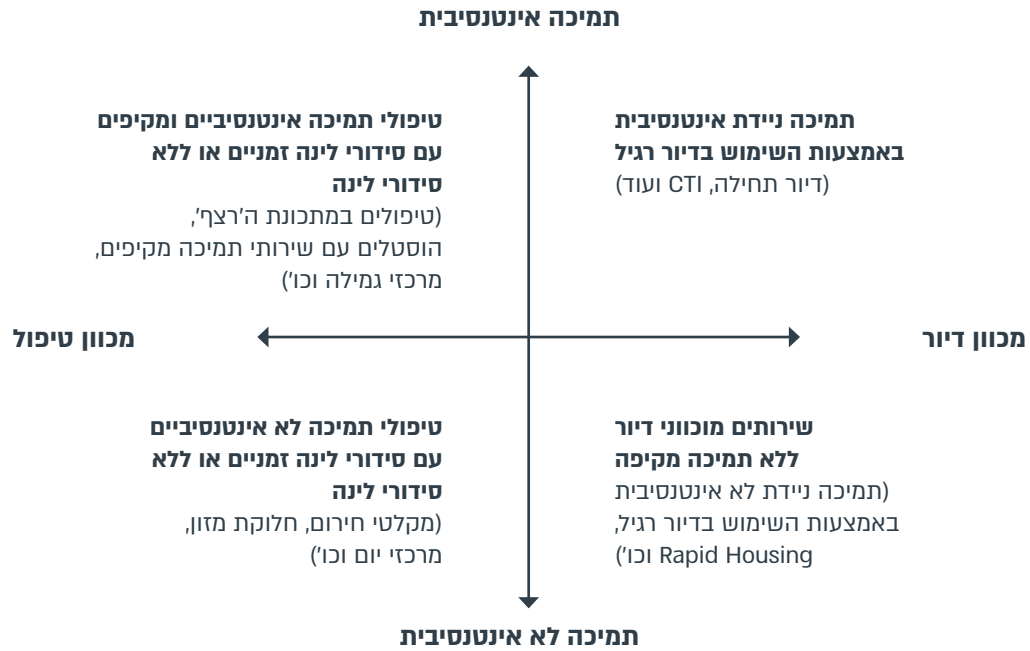
טיפול קהילתי אסרטיבי פותח בשנות השבעים וגם הוא שימש במקור כדי לסייע לאנשים עם מוגבלות נפשית. המטרה שלו היא לשמר שיפור במצב המטופל, למנוע הידרדרות ולעודד השתלבות בקהילה לאחר השחרור מאשפוז בבית החולים. עם השנים הוא הוחל כשיטת טיפול לדרי רחוב, כאשר תוכניות רבות של "דיור תחילה" עושות בו שימוש (Bothén, 2018).

הטיפול הקהילתי האסרטיבי ניתן בידי צוות מגוון המגיע מדיסציפלינות שונות בדגש על עובדים סוציאליים ופסיכיאטרים. מדובר בשיטת טיפול אינטנסיבית שבה הצוות עשוי לשהות עם המטופל כמה שעות ביום תוך התמקדות בפתרון בעיות וקשיים העומדים בפני המטופל והסרת חסמים. הצוות אחראי על מספר קטן יחסית של מטופלים ומטפל בהם יחד ובשיתוף (בקר, 2016). עלותה השנתית של התוכנית למשתתף מוערכת בכ-10,000-15,000 דולר (Harvard Mental Health Letter, 2011). **בטיפול פרטני אינטנסיבי** המטפל מעניק טיפול אינטנסיבי למספר מטופלים קטן (בדרך כלל קטן מעשרים). המטופל זוכה לליווי צמוד ולחיבור לאנשי מקצוע ולנותני שירותים אחרים.

4.4 סיווג המענים הקיימים

טיפולוגיה שפותחה בשנת 2018 ב-European Observatory of Homelessness Comparative Report (אצל Pleace et al., 2019) ממיינת את השירותים עבור חסרי בית ודרי רחוב על פי שני ממדים עיקריים: (1) מידת האינטנסיביות של השירות או הטיפול; ו-(2) שיטת הטיפול המקובלת (שירותים מוכוונים דיוור, כמו "דיור תחילה", לעומת שיטת הרצף או שיטת המדרגות). **תרשים 2** מפרט את שיטת המיון של השירותים הניתנים לחסרי הבית ודרי הרחוב.

תרשים 2: שיטת מיון השירותים עבור חסרי בית ודרי רחוב



5. מדיניות הטיפול בדרי רחוב – מבט השוואתי

בחלק זה, מוצג מבט השוואתי למדיניות אשר נהוגה לטיפול בדרי הרחוב במדינות שונות בעולם. המדינות שסקרנו משתמשות במושג "חסר בית", כאשר ההגדרה של כל מדינה היא מעט שונה (להגדרות של כל מדינות ה-OECD ראו OECD, 2020a) ורחבה מזו הנהוגה בישראל. במסמכי המדיניות לא תמיד ברור לאיזה סוג של אוכלוסייה מתכוונים. אנו התמקדנו במדיניות הטיפול לחסרי בית המתגוררים במקומות ציבוריים (תוך התמקדות בגישות המוצגות בסעיף 4), אך כדי להישאר נאמנים למקורות, בחלק זה בסקירה נעשה שימוש במונח הבין-לאומי "חסרי בית", מלבד בחלק הדין בישראל.

אם בעבר ברוב המדינות בעולם הייתה נהוגה מדיניות בגישה הלינארית (ה"מדרגות" הרצף הטיפולי) לטיפול בחסרי בית, מאז תחילת שנות ה-2000 ניכר שינוי הדרגתי לכיוון אימוץ גישה ה"דיר תחילה". מדינות מערב רבות, בהן קנדה, פינלנד ואוסטרליה, אימצו את גישה "דיר תחילה" כבסיס לאסטרטגיות הלאומיות להתמודדות עם תופעת חסרי הבית, עם דגש על מניעת התופעה, הצעת מגוון שירותים המותאמים לצרכים האישיים והצעת פתרונות דיר קבועים או ארוכי טווח. עם זאת, עדיין ישנן מדינות, כגון שוודיה, הממשיכות במדיניות המסורתית של "טיפול תחילה".

פינלנד – עד לפני שני עשורים, הגישה הרווחת הייתה של מודל "המדרגות" השיקומי, אך אז השתנתה המדיניות הלאומית לעבר אימוץ והרחבה של גישה ה"דיר תחילה" (Tainio & Fredriksson, 2009). מאז נרשמה ירידה יציבה ומשמעותית במספר חסרי הבית במדינה. אם בסוף שנות השמונים היו כ-20,000 חסרי בית, מספרם הצטמצם ל-4,600 בשנת 2019 (FEANTSA Country Fiche, November 2020).

ב-2008, התגבשה תוכנית לאומית המבקשת לצמצם ולהפסיק בהדרגה את השימוש המקובל במקלטים עבור חסרי בית ולהפוך אותם ליחידות דיר נתמך – יחידות דיר קבועות עם שירותי תמיכה (ר' פרק 6.2.3). התוכנית שואפת לייצר 1,250 דירות חדשות, שישמשו כיחידות דיר נתמך או יחידות של טיפול ארוך טווח עבור חסרי בית. נוסף על כך, התוכנית תומכת בפרויקטים לרכישת דיר נתמך עבור אוכלוסיות בסיכון, כמו אסירים משוחררים, צעירים ובני נוער בסיכון וכן מספקת שירותי ייעוץ בנושא הדיר. התוכנית פועלת בעשר הערים הגדולות במדינה, בעזרת שיתוף פעולה בין השלטון המרכזי ובין השלטון המקומי ובהשקעה תקציבית ניכרת (Tainio & Fredriksson, 2009).

אוסטרליה – בדומה לפינלנד, מאז תחילת המילניום גם אוסטרליה מקדמת תוכניות רבות של "דיר תחילה" (בין תוכניות אלה ניתן למנות: [Common Ground](#); [Street to Home](#); [Way2Home](#); [The Road Home](#)) (OECD, 2020a), רובן בתחום העירוני. אוסטרליה שמה דגש על מניעה באמצעות הספקת פתרונות דיר והתערבות מוקדמת, וכן באמצעות מתן תמיכה כלכלית וחברתית לחסרי בית. התוכנית שואפת לספק עשרות אלפי יחידות דיר ציבורי וקהילתי חדשות עבור משפחות ואנשים החיים בעוני וכן מספר רב של יחידות דיר בתוך קהילות מרוחקות של הילידים האוסטרליים (אבוריגינים).

במקביל לפיתוח תוכניות בגישה ה"דיר תחילה", אוסטרליה ממשיכה לקדם תוכניות טיפול אינטנסיביות עבור אוכלוסיות מורכבות, כגון דרי רחוב (rough sleepers) וחסרי בית זקנים. אחד מיעדי המדיניות הוא הגברת האינטגרציה בין השירותים בתחומי הטיפול

השונים, אם באמצעות יצירת שירותים אינטגרטיביים בסגנון של מענה מלא במקום אחד (one stop shop), אם באמצעות הגברת שיתופי הפעולה למשל, בין השירותים הניתנים לחסרי בית, לאנשים עם בעיות התמכרות ולאנשים עם מוגבלות נפשית (Flatau et al. 2013).

קנדה – היוזמות הלאומיות האחרונות עבור חסרי בית ([The National Homelessness Initiative](#); [Homelessness Partnering Strategy](#); [Reaching Home](#)) שמות דגש על מניעה ועל פתרונות דיור לטווח ארוך, זאת במקום השימוש במקלטי חירום ופתרונות אחרים של דיור זמני שהיו מקובלים לפני כן (Novac et al., 2009; OECD, 2019). התוכנית הלאומית הקנדית Reaching Home, שהתקבלה בשנת 2019, נועדה לטפל באופן ממוקד בחסרי הבית בקרב אוכלוסיות הילידים הקנדיים וכן לעודד פיתוח פתרונות חדשים עבור חסרי הבית בקרב כלל האוכלוסייה (OECD, 2019).

שוודיה – בשונה מפינלנד, אוסטרליה וקנדה, בשוודיה אין אסטרטגיה לאומית או מדיניות עדכנית לטיפול בתופעת חסרי הבית. יש תוכניות מקומיות לטיפול בתופעה, ברמת השלטון המקומי, בעיקר בערים הגדולות (OECD, 2020). הגישה הנהוגה כלפי חסרי בית היא הגישה השיקומית או גישת "המדרגות", המספקת טיפול רב-מקצועי אינטנסיבי לחסרי בית עם בעיות מורכבות, כגון התמכרות לסמים ואלכוהול או מוגבלות נפשית. שוק הדיור במדינה כמעט שאינו נתון לפיקוח והאפשרויות לדיור ציבורי הן מעטות (Knutagård et al., 2019). מסגרות חירום ודיור מעבר, כמו הוסטלים ומקלטים, מופעלות לחסרי בית בעיקר על ידי עמותות וארגונים חברתיים ופרטיים. בשוודיה יש מגמה של גידול בהיקף התופעה, מה שמיוחס למחסור בדיור נגיש, לצד שינויים סוציו-דמוגרפיים בהרכב האוכלוסייה, כולל עלייה ניכרת במספר המהגרים והפליטים בשנים האחרונות (Knutagård et al., 2019). בשנים האחרונות התחילו להתפתח במדינה יוזמות ראשונות של "דיור תחילה", אך הן מועטות עדיין וקיימות רק ב-20 מבין 290 הרשויות במדינה.

מלבד פיתוח פתרונות דיור ארוכי טווח ברמה הלאומית, מאפיין נוסף המשותף למדיניות המקודמת היום במדינות מערביות רבות קשור לאופיים הקהילתי של השירותים. במדינות כמו פינלנד, אוסטרליה וקנדה, נוסף על תוכניות לאומיות כלליות, ישנן תוכניות דיור וטיפול המותאמות לצורכי הקהילות המקומיות ומוצעות על ידי השלטון המקומי (OECD, 2019; Homelessness Australia). כך, כאמור, אוסטרליה וקנדה פיתחו תוכניות המותאמות לקהילות הילידים שבשטחן. המדינות מכירות בכך שאוכלוסיית חסרי הבית אינה הומוגנית ושמגוון קבוצות הנזקקים הולך וגדל, כמו נשים, משפחות, ילדים ובני נוער, זקנים, מהגרים ופליטים ועוד. לכן, בשנים האחרונות ניכרת הנטייה לפתח מענים דיפרנציאליים המותאמים מבחינה קהילתית ואישית למאפייני האוכלוסיות השונות ואשר משלבים בתוכם רכיבים משתי הגישות.

ישראל – השירות לדרי הרחוב ניתן מתוקף החקיקה הכללית הקיימת עבור כלל השירותים החברתיים. הבסיס החוקי להתערבות וטיפול נמצא בחוקים שונים כמו חוק שירותי הסעד (תשי"ח, 1958), חוק הטיפול בחולי נפש (תשט"ו, 1955) וחוק ההגנה על חוסים (תשכ"ב, 1966). ההתערבות מתחייבת בחוק רק כאשר מדובר בדר רחוב שמוכר כ"חולה נפש, חסר ישע ומי שאינו אחראי למעשיו ולמצבו ומסכן את עצמו או את סביבתו והוצא הצו המשפטי המתאים לטפל בו ללא הסכמתו או בניגוד לרצונו" (משרד הרווחה, 2010).

תקנות העבודה הסוציאלית (משרד הרווחה, 2010) מסדירות את המענים הקיימים ואת הסטנדרטים לטיפול בדרי הרחוב, ומניחות שלוש מטרות להתערבות:

1. הצלת חיים, מניעת מוות ברחוב ומתן תנאי חיים הומניים
2. מתן עזרה במיצוי זכויות
3. שיקום אישי-משפחתי-חברתי, כולל היבטים של תעסוקה, במטרה להחזיר את דרי הרחוב לחיים נורמטיביים בתוך הקהילה שבה הם חיים

מדיניות הטיפול בדרי הרחוב בישראל מאמצת הגדרה מצומצמת של התופעה (ר' סעיף 3.1) והיא מבוססת על גישת הרצף הטיפולי – תהליך שיקומי לינארי שכולל מעבר בין שלבים שונים עד לדיור עצמאי. בעשור האחרון עלה גם דיון הנוגע לאימוץ גישת ה"דיור תחילה", שעד כה לא הבשיל לכדי שינוי מדיניות (שיינטוך, 2018א).

6. סטנדרטים לטיפול מיטבי בדרי רחוב

הגדרת סטנדרטים והפצתם נועדה להציג דרישות של איכות בטיפול, סביב ערכים משותפים, למען אותה אוכלוסייה בלי קשר למודל הטיפול. הצבת הסטנדרטים מאפשרת לממשלה או לגופי הפיקוח לוודא שנותני השירות שומרים על איכות הטיפול הנדרשת, לאפשר לשירותים לבדוק את עצמם ולאפשר למקבלי השירות להעריך את השירות בעצמם ולהבין מה הזכויות שלהם. לקביעת סטנדרטים עבור השירותים לדרי הרחוב חשיבות מיוחדת לנוכח קיומן של דעות קדומות על אודות אוכלוסייה זאת. יש נטייה להאשים את דרי הרחוב במצבם וזו מביאה לכך שהם נדרשים לעמוד בתנאים מסוימים כדי לקבל את השירות (Pleace et al., 2019).

קביעת הסטנדרטים עבור הטיפול בדרי רחוב היא מורכבת. ראשית, סטנדרטים מסוימים יכולים אומנם לתמוך במטרות השירותים, אך מתגלים כלא יעילים בהתמודדות כוללת עם תופעת דרי הרחוב. כמו כן גישות טיפול שונות מושתתות על הנחות ערכיות שונות, מה שמשפיע בהכרח על עיצוב הסטנדרטים. למשל, גישת "דיור תחילה" מבוססת על העקרונות של מעורבות ושותפות עם מקבלי השירות, בעוד גישת הטיפול הלינארי מבוססת על מעקב הדוק אחרי התנהגויות מקבלי השירות, על רמת פיקוח גבוהה ועל רמה נמוכה יחסית של שותפות עם מקבלי השירות. על אף ההבדלים, מטרות העל הן בדרך כלל אחידות – למנוע את ההגעה למצב של דרות רחוב ולסגור את המעגל בקרב מי שנמצא במצב הזה, לשפר את איכות חייהם של דרי הרחוב ולהביא להשתלבותם בחברה (Pleace et al., 2019).

ישנה שונות בין סטנדרטים לטיפול בדרי הרחוב במדינות שונות, ואף באזורים שונים באותה מדינה, הנובעת מהבדלים בחקיקה העומדת בבסיס השירותים וכן ממערך הפיקוח עליהם במדינות השונות. יש מדינות שבהן השירותים לדרי רחוב לא מעוגנים כלל בחקיקה, מדינות אחרות שבהן השירותים מעוגנים רק בחקיקה הכללית של השירותים החברתיים, מדינות שבהן יש שונות אף בין רשויות ברמה המקומית ומדינות אחרות שבהן יש חקיקה ייעודית המכוונת לדרי רחוב (ר' **לוח 4**) (Pleace et al., 2019). לחקיקה, ייעודית או כללית, ישנה חשיבות מעשית מבחינת קיום מערכות הפיקוח והאכיפה.

לוח 4: מסגרת חוקית של מדינות שונות לטיפול בדרי הרחוב

מדינות	מסגרת חוקית
אוסטריה, איטליה, בריטניה, ארה"ב	חקיקה ייעודית עבור דרי רחוב
הונגריה, הולנד, פורטוגל	חקיקה ייעודית המשולבת בחקיקה הכללית של השירותים החברתיים
צ'כיה, קרואטיה, דנמרק, פינלנד, צרפת, פולין, רומניה, סלובניה, שוודיה, ישראל	חקיקה כללית הקיימת עבור כלל השירותים החברתיים
גרמניה ואירלנד	לא מעוגן בחקיקה

הבדלים בסטנדרטים נובעים גם מן השונות בתקצוב השירותים. במדינות שבהן השירותים לדרי רחוב אינם זוכים לתקצוב ממלכתי, כמו בחלק ממדינות מזרח אירופה, איכותם נמדדת בעיקר בסטנדרטים הקשורים לתנאי המחיה הבסיסיים; בעוד במדינות שבהן תקצוב השירותים נדיב יותר, כמו מדינות סקנדינביות, איכות השירותים מתורגמת לסטנדרטים הקשורים בתרומת השירות עבור היחיד ולשותפות שלו בקבלת ההחלטות הנוגעות לו (Pleace et al., 2019).

6.1 סטנדרטים משותפים

לנוכח ההבדלים והאתגרים האלה, הסטנדרטים לשירותים עבור דרי רחוב ממוקדים יותר בעקרונות מנחים עבור השירותים (Pleace et al., 2019). להלן העקרונות המרכזיים לשירותים באוסטרליה, אירלנד וארה"ב (Australian Government, 2014; Pleace et al., 2019). באוסטרליה ואירלנד ראו נספח א ו-ב).

6.1.1 מעורבות מקבלי השירות

על מקבלי השירות להיות שותפים בגיבוש תוכנית הטיפול האישית שלהם: בניגוד לתפיסה הפטרנליסטית שהייתה מקובלת בעבר, מקובל היום להתייחס למשתמשים בשירותים החברתיים בכלל ולדרי רחוב בפרט כאל בעלי אוטונומיה אישית ויכולת בחירה, כולל אפשרות לבטא חששות ולהתלונן. אנשי הצוות מקיימים איתם שיח משתף, שמאפשר לזהות את הצרכים ואת ההעדפות שלהם. להבאת עמדתם של מקבלי שירות מקרב האוכלוסיות המוחלשות עם צרכים מיוחדים כמו דרי רחוב, חשיבות מיוחדת לנוכח העובדה שתהליכי השיקום של דרי הרחוב מצריכים מחויבות רבה מצידם לתהליך. כפי שצוין, לדרי הרחוב צורך במשמעות ורצון להרגיש בני אדם בעלי ערך (אברמוביץ, 2013). המעורבות הפעילה של מי שהיו או עדיין דרי רחוב הוכחה כמובילה לפיתוח מדיניות ושירותים יעילים יותר. תהליך השותפות מסייע בהעצמת מקבלי השירות ובהגברת המחויבות שלהם בתהליך היציאה ממעגלי החיים ברחוב, בין מדובר בגישת ה"דור תחילה" או בגישה הלינארית (Phillips, 2016).

6.1.2 רשת תמיכה אינטגרטיבית, הגדרת נהלים והסדרת השירות

לאוכלוסיית דרי הרחוב צרכים רבים אשר דורשים שירותים ממגוון סוגים: בריאות, רווחה ואף סיוע משפטי. רשת התמיכה מתייחסת לקשר ההדוק הנחוץ בין השירותים הרבים אשר מקיפים את דרי הרחוב. על השירותים השונים לפעול יחד כדי להנגיש שירותים ולספק רשת תמיכה וטיפול משולב לדרי הרחוב. השירותים צריכים לבצע הערכה יעילה של צורכי מקבלי השירות ולהתאים את המענים הניתנים באופן מיטבי.

השינוי המרכזי שמובילות רוב המדינות החברות ב-OECD בשנים האחרונות הוא מעבר למערכת שירותים חברתיים אינטגרטיביים לאוכלוסיות מוחלשות, לרבות אוכלוסיית דרי הרחוב ה"כרוניים". יש שלושה סוגים עיקריים של מרכזים אינטגרטיביים: מרכזים שמהווים "תחנה ראשונה" למקבל השירות, שם הוא מקבל בדרך כלל מידע שמנחה אותו בנוגע לסוג השירותים הרלוונטיים לו; מרכזים המהווים "תחנה שנייה", שבה יש מגוון של שירותים, בדרך כלל בסיסיים, שמוצעים למקבל השירות אך מחייבים אותו

לעשות פעולות נוספות כדי לקבל מענה שלם; מרכזים המציעים אינטגרציה מלאה של כל השירותים המיועדים למקבל השירות (מרכזים אלה מכונים מרכזים "אמיתיים") (דולב וצמח-מרום, 2015).⁴

השאיפה לרכז במקום אחד את כל השירותים שדרי רחוב נזקקים להם (one stop shop) – שירותי רווחה, בריאות, תעסוקה, חינוך ועוד – מעודדת שיתוף פעולה בין כל הגורמים הנקשרים בעינינם, מפחיתה את השפעתו של החסם הבירוקרטי, מעודדת נגישות ויעילות, משפרת את השירות ומבטיחה חיסכון בעלויות לטווח הארוך. מדינות רבות מדווחות כי שינוי זה החל להניב תוצאות טובות בשירותים החברתיים לאוכלוסיות המוחלשות החיות בקרבן (OECD, 2015).

כמו כן יש צורך בהסדרת הקשרים ודרכי הפעולה בין השלטון המרכזי, המקומי והחברה האזרחית שעובדים יחד כדי להתמודד עם תופעת דרי הרחוב. מדינות שהיו יעילות בהתמודדות עם דרי רחוב הסתמכו לעיתים קרובות על מחויבות אסטרטגית ופוליטית של הממשלה שעבדה בשותפות קרובה עם השלטון המקומי והחברה האזרחית לפיתוח של אסטרטגיות ייחודיות (OECD, 2020b).

6.1.3 התערבות מוקדמת ומניעה

טיפול יעיל לדרי רחוב כולל התערבות מוקדמת בנקודת הכניסה כדי למנוע או לצמצם את תופעת דרי הרחוב הכרוניים שחיים שנים רבות ברחוב. במחקר בארה"ב נמצא כי המנבא הטוב ביותר לדרות רחוב כרונית הוא שהות בעבר במקלט חירום (Center for Evidence-based Solutions to Homelessness, 2019), ומכאן החשיבות במתן מענה מתאים והתערבות בשלבים מוקדמים. ההתערבות המוקדמת מצריכה להעמיד את מקלטי החירום כחוד החנית של המאבק בתופעת דרי הרחוב ולהעניק להם את המשאבים הנדרשים (OECD, 2020b; FEANTSA, 2018).

לצד הצורך בהתערבות מוקדמת, הטיפול הטוב ביותר לתופעת דרי הרחוב הוא מניעתה מלכתחילה (OECD, 2020b). אסטרטגיות מניעה מבוססות על ההנחה שגורמים מבניים מגבירים את הסיכוי של אנשים עם נסיבות אישיות כמו מוגבלויות נפשיות והתמכרויות לחוות דרות רחוב, ומכאן שמענה לתנאים חברתיים ומבניים יחזקו את רשת הביטחון של אוכלוסיות אלו (Center for Evidence-based Solutions to Homelessness, 2019). אסטרטגיות מניעה כוללות מתן סיוע לאוכלוסיות בסיכון כמו תמיכה כלכלית זמנית, סיוע משפטי וגישור בין בעלי דירות ודיירים (OECD, 2020b), והן דורשות זיהוי של אוכלוסיות בסיכון והתערבות בזמן לפני שהאוכלוסייה הופכת לחסרת בית. לצורך כך, יש לפתח מנגנון לאיתור והתערבות מוקדמת של אלו שבסיכון. באוסטרליה למשל, פותח אינדקס "risk of homelessness" אשר כולל את הנתבים השונים שמובילים לדרות רחוב וחסרות בית במובן הרחב יותר. אלו כוללים: מפלה כלכלית, אובדן עבודה, משבר במשפחה, מוגבלות נפשית, התמכרות לסמים או אלכוהול ועוד (D'Souza et al., 2013).

⁴ דוגמה למרכז כזה ניתן למצוא ב-

the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2020. LaCHATS project one-stop homeless services^T center. <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/one-stop-homeless-services-center>

6.1.4 כוח אדם איכותי ורתום

צוות השירות הוא בעל מומחיות בטיפול בדרי רחוב ויש לו את הידע, הכישורים והניסיון הנדרשים. כמו כן על הצוות להיות רתום ולהתאים בעקביות את הפרקטיקות שלו לשם הספקת שירותים בטוחים ויעילים לדרי רחוב. לצורך כך, יש להבין את חווייתו האישית של האדם. כך למשל, טסלר ואח' (Tessler et al., 2001) טוענים כי כאשר דר רחוב תופס את מצבו כתוצאה של בעיות הקשורות לאלכוהול, סמים ומוגבלות נפשית, ניתן להציע טיפול בבעיות אלו ללא "בושה". אך כאשר דר רחוב תופס את מצבו בדרך אחרת, למשל עקב סיבות מבניות, תהליך ההתקשרות סביב חששות ממוגבלות נפשית או מהתמכרויות עשוי להיות מורכב יותר. יש לגלות היענות לעמדות מקבלי השירות ולהגיב בהתאם.

6.2 סטנדרטים לפי שירותים – מבט משווה

כדי לקבל תמונה ברורה יותר של הסטנדרטים במתן שירות לדרי הרחוב, נבחנו כעת גם את הסטנדרטים הקיימים עבור המסגרות המרכזיות בטיפול באוכלוסייה זו: מסגרות חירום, מסגרות דיור לשהייה זמנית ממושכת ('דיור מעבר') ודיור תומך קבוע ('ר' לוח 5).

6.2.1 מסגרות חירום

מסגרות או מקלטי חירום הן מסגרות זמניות, שמספקות בדרך כלל קורת גג ללילה ומזון והן דרך התמיכה הדומיננטית והשכיחה ביותר במדינות ה-OECD לאוכלוסיית דרי הרחוב (OECD, 2020b). הן ניצבות בחזית הטיפול באוכלוסייה וחשיבותן קשורה לצמצום התופעה ולתחילת הטיפול באוכלוסייה. בעוד בגישת "דיור תחילה", מסגרות ללינת חירום הן מקום שבו ממתינים דרי הרחוב לדיור קבוע, הרי שבגישה הלינארית מדובר במקום שבו ממתינים לדיור המעבר (FEANTSA, 2019).

יש מקלטים שהם ייעודיים לפי מאפייני האוכלוסייה, למשל מקלט ייעודי לגברים, לנשים, למכורים, לאנשים עם מוגבלות נפשית ולמשפחות. ברמה הבסיסית, מקלטים לשעת חירום כוללים תנאים פיזיים לשהייה זמנית שכוללים ציוד ללינה, מקלחות, מתקני כביסה ומטבח. יש מקלטים שכוללים גם שירותי תמיכה לחיי היום-יום, כגון שירותים סוציאליים ופסיכולוגיים וסיוע רפואי. הסטנדרטים למקלטי החירום ממוקדים בשלושה היבטים: **התשתית והתנאים הפיזיים**: מספר מיטות, שטח מגורים לאדם, היחס שבין מספר חדרי השירותים והמקלחות למספר השהים במסגרת, גודל החדרים, התקנת מצלמות, מיזוג אוויר והיבטים של בטיחות ותברואה; **היבטים מנהליים**: קביעת שעות פתיחה (לרוב משעות הערב ועד הבוקר), גביית תשלום ללילה (ברוב המדינות מקובל שלא לגבות תשלום); **כללי התנהלות בין אנשי הצוות למקבלי השירות ובין מקבלי השירות לבין עצמם**: יחס מכבד ושמירה על פרטיות (Emergency Solutions Grants [ESG], 2020).

6.2.2 מסגרות דיור לשהייה זמנית ממושכת ("דיור מעבר")

מסגרות דיור לשהייה זמנית (transitional housing), או כפי שהם מכונות בישראל – הוסטלים שיקומיים, מהווים, לפי הגישה הלינארית, שלב ביניים בין מסגרות החירום ובין דיור תומך או קבוע. מסגרות אלה לא רלוונטיות בגישת "דיור תחילה", שם הדיור התומך הוא השלב הראשון. המודלים הפועלים לפי גישת 'ה"דיור תחילה" שואפים להחליף את המסגרות לדיור מעבר במסגרות לדיור נתמך קבוע. מסגרות דיור מעבר מעניקות פתרונות דיור זמניים לתקופה ממושכת, לצד תמיכה בדרגת אינטנסיביות משתנה

הן מתאימות לדרי רחוב עם מוגבלות נפשית, לדרי רחוב עם התמכרויות למיניהן או לדרי רחוב במצבים מורכבים אחרים הזקוקים להכוונה, לתמיכה מקצועית מקיפה, לקהילה תומכת ולפיתוח מיומנויות. תמיכה מקיפה זו נועדה לאפשר לדרי הרחוב לחזור לחיים מלאים בקהילה, למשל, להשתלב במסגרת תעסוקתית, להיקלט במערכת החינוך, לטפל בבעיות בריאות או התמכרות ובסופו של דבר, לעבור לדיר קבע עצמאי (FEANTSA, 2018). יש שונות רבה בין מסגרות דיר לשהייה זמנית בהיקף התמיכה שהן מציעות לדירים: יש מסגרות המציעות תמיכה אינטנסיבית עם מעקב נוקשה אחר התקדמות הדירים (high demand), ומסגרות אחרות עם דרישות גמישות המציעות את השירותים ומאפשרות בחירה לפי העדפת הדיר (low demand). מסגרות מעבר המציעות תמיכה נרחבת מיועדות בדרך כלל לדרי רחוב עם צרכים מורכבים ולמשפחות חסרות קורת גג. בכל מקרה, יש חשיבות להתאמת המענים וסוגי התמיכה לפי צורכי האדם (FEANTSA, 2018).

בסטנדרטים למסגרות דיר לשהייה זמנית יש התייחסות **לתנאים פיזיים עבור מגורים משותפים** בתנאי פנימייה לאורך זמן (כמה אנשים יהיו באותו חדר, אילו תשתיות מספק המקום ועוד). מלבד זאת, דיר המעבר שם דגש בסטנדרטים על תנאי הסף, גובה התשלום, משך זמן השהייה ותוכניות תמיכה: **תנאי הסף נעים** בין דרישה לגמילה מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים והיעדר תיקים פליליים, ובין דרישות מקלות יותר שמושפעות מגישת "דיר תחילה". **גובה התשלום** עבור מסגרות אלה יכול להגיע עד שליש מדמי השכירות. לעיתים דמי השכירות מוחזרים רטרואקטיבית לאחר המעבר לדיר קבוע (County of Santa Clara, 2020). **תקופת השהייה** במסגרות המעבר מוגבלת בזמן ונעה בדרך כלל בין שלושה חודשים ועד 18-24 חודשים (FEANTSA, 2018). **תוכניות תמיכה** ניתנות ישירות למקבלי השירות או באמצעות הפנייתם לשירותים בקהילה, בהתאם לצורכיהם (County of Santa Clara, 2020).

6.2.3 מסגרות לדיר תומך קבוע

דיר תומך קבוע (permanent supportive housing) הוא שירות שמטרתו לסייע לאדם לפתח כישורי חיים ויכולת השתכרות, כדי לחיות באופן עצמאי בקהילה, באופן קבוע וללא הגבלת זמן. דיר תומך קבוע משלב דיר הגון, בטוח ובמחיר סביר עם שירותי תמיכה פרטניים. לדירים יש גישה למגוון שירותים גמישים ואינדיווידואליים, המתאימים לצורכיהם.

הסטנדרטים למסגרות אלו קובעים כי לכל דייר תהיה יחידה או דירה משלו, שמשך השהות בה אינו מוגבל, כל עוד הוא עומד בתנאי השכירות. הדייר הוא החתום על חוזה השכירות והוא משתתף בתשלום שכר הדירה באופן חלקי או מלא. לדייר תהיה גישה למגוון שירותים מקיפים הכוללים רפואה ובריאות, בריאות הנפש, גמילה מחומרים פסיכו-אקטיביים, שירותי תעסוקה, ניהול כספים ועוד (Connecticut Housing Finance Authority, 2016). תנאי השכירות משתנים בין הגישה הלינארית ו"דיר תחילה". ב"דיר תחילה" אין איסור על שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בדירה, לעומת בגישה הלינארית שמחייבת גמילה. כמו כן ב"דיר תחילה" הדיר לא מותנה בשימוש בשירותים (Johnsen & Teixeira, 2010; San Bernardino Continuum of Care, 2017).

לוח 5: מיקוד הסטנדרטים לפי רמות שירות

מיקוד הסטנדרטים	לפי סוג המענה	סוג השירות	מקלט חירום
<ul style="list-style-type: none"> ▪ תשתית ותנאים פיזיים ▪ היבטים מינהליים ▪ כללי התנהלות 	<p>גישה לינארית – שלב לפני דיור המעבר</p> <p>"דיור תחילה" – מקום המתנה לדיור קבוע</p>	<p>מסגרות זמניות, שמספקות קורת גג ללילה ומזון.</p> <p>יש מסגרות שכוללות גם שירותי תמיכה לחיי היום-יום, כגון שירותים סוציאליים ופסיכולוגיים וסיוע רפואי</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ תנאי הסף ▪ גובה התשלום ▪ משך זמן השהייה ▪ תוכניות תמיכה 	<p>גישה לינארית – שלב ביניים בין מקלט חירום לדיור קבוע</p> <p>"דיור תחילה" – לא קיים</p>	<p>פתרונות דיור זמניים לתקופה ממושכת, לצד תמיכה בדרגת אינטנסיביות משתנה</p>	דיור מעבר
<ul style="list-style-type: none"> ▪ תנאי שכירות ▪ גישה לשירותים 	<p>גישה לינארית – שלב אחרון לפני דיור עצמאי</p> <p>"דיור תחילה" – שלב ראשון ואחרון לפני דיור עצמאי</p>	<p>פתרון דיור לטווח ארוך. דיור הגון, בטוח ובמחיר סביר עם שירותי תמיכה פרטניים</p>	דיור תומך קבוע

6.3 איכות השירותים ועמידה בסטנדרטים

מידת תוצאות ומעקב אחר התנהלות השירותים מאפשרים לבחון את הצלחתם בקידום מצבם של דרי הרחוב ולערוך שינויים בהתאם (OECD, 2020b). בדוח שפורסם מטעם FEANTSA הכולל דיווחים מ-16 מדינות מן האיחוד האירופי, נמצא כי שירותים **מכווני טיפול** מתקשים יותר לעמוד בסטנדרטים. במרבית המדינות דווחו בעיות באיכות השירות של מקלטים ולינת חירום. אלה גם שירותים שבדרך כלל אין עליהם פיקוח או תהליך של מדידה והערכה (monitoring). הבעיות שדווחו התייחסו בעיקר לצפיפות ולעומס, שבאים לידי ביטוי במספר דיירים גבוה מן המותר בכל חדר ובשינה על מזרנים על הרצפה. גם עבור שירותים מכווני טיפול עם תמיכה אינטנסיבית מרבית המדינות דיווחו כי אין פיקוח על המסגרות הזמניות, והסטנדרטים שעומדים בהם הם בעיקר אלה שנוגעים לכללי שהייה ולזמן השהות בדיור הזמני. שירותים **מכווני דיור** (גם אלה שמלווים בתמיכה אינטנסיבית וגם אלה שלא), נמצאו ככאלו שעומדים יותר בסטנדרטים – הן בהיבטים של תנאי המחיה הן בהיבטים של איכות הטיפול. כמו כן שירותים מכווני דיור רבים מלווים בתהליכי מדידה והערכה (Pleace et al., 2019).

יש חשיבות למדידת תוצאות ומעקב מתמשך גם ברמת הפרט והמדיניות. ברמת הפרט, המדידה מאפשרת מעקב מתמשך אחר מצבו של חסר הבית והתאמה מיטבית של תוכנית ההתערבות. ברמת המדיניות, המדידה מאפשרת לעקוב אחר יעילות התוכניות לשם גיבוש המדיניות המיטבית (OECD, 2020b).

7. סיכום

אוכלוסיית דרי הרחוב מהווה כאחוז מאוכלוסיית העולם. גם אם זהו אחוז נמוך, מדובר במיליוני אנשים. בישראל, נכון לשנת 2019 היו כשלושת אלפים דרי רחוב לפי ההגדרה של משרד הרווחה. זוהי הגדרה מצומצמת שמתייחסת רק לאוכלוסייה שגרה ברחוב ומעל גיל 18, ויש הטוענים כי לפי ההגדרה הרחבה יותר, יש בפועל כ-25 אלף דרי רחוב שחיים בישראל.

מן הסקירה עולות כמה תובנות מרכזיות בנוגע למענים הקיימים לטיפול בדרי רחוב, למדיניות ולסטנדרטים לאיכות הטיפול.

א. גישות הטיפול והיעילות שלהן

בסקירה נמצאו **שתי גישות עיקריות לטיפול בדרי רחוב**: הגישה הלינארית וגישת "דיור תחילה". שתי הגישות פועלות באופן שונה, אך יש להן מטרה משותפת. שתיהן פועלות כדי **לסייע לדרי הרחוב לקיים שגרת חיים עצמאית בדיור קבוע ולצאת ממעגל חסרות הבית**. בעוד הגישה הלינארית פועלת לשיקום דרי רחוב דרך התחייבות למסלול טיפול מבוסס שלבים שבסופו מגיעים לדיור קבוע, הרי שגישת "דיור תחילה" פועלת לסייע לאדם לחיות בדיור קבוע במהירות האפשרית ורק לאחר מכן להתחיל תהליך שיקום, ללא תנאים מוקדמים ורק לפי בחירת מקבל השירות. גישות אלו משקפות ערכים מעט שונים. הגישה הלינארית רואה את הדיור כמסוגלות ועל מקבלי השירות להוכיח יכולת זו, בעוד לפי "דיור תחילה", דיור היא זכות יסוד.

מחקרים מצביעים על כך שאין מענה אחד שהוא אופטימלי לטיפול בדרי רחוב. בהקשר זה יש להתייחס לשתי שאלות: כיצד מגדירים הצלחה ומהם הצרכים והמאפיינים של האדם. מחקרים מראים שגישת "דיור תחילה" היא יעילה יותר בשימור דיור לעומת הגישה הלינארית. עם זאת, בנוגע להיבטים אחרים של שיקום אין ממצאים חד-משמעיים על אף גישה. אוכלוסיית דרי הרחוב היא מגוונת, לאנשיה צרכים שונים וסיבות שונות שהביאו אותם לחיים ברחוב. יש הסכמה בנוגע לחשיבות **ההתאמה האישית של ההתערבות** כדי לדייק במענים הניתנים לכל מקבל שירות.

ב. מגמות ומדיניות בישראל ובעולם

בשנים האחרונות יש מגמה של מעבר מן הגישה הלינארית, שהייתה הדומיננטית בעולם, אל יישום רחב יותר של גישת "דיור תחילה". גם ה-OECD ממליץ על שימוש בתוכניות הפועלות בגישה זו. במדינות שסקרנו, יש תוכניות הפועלות לפי שתי הגישות. עם זאת, יש מדינות, כמו פינלנד, שניכר כי עברו לתוכניות "דיור תחילה" באופן כמעט בלעדי. **בישראל בעשור האחרון, יש שיח ליישום תוכניות של "דיור תחילה"**.

ג. סטנדרטים עיקריים לטיפול בדרי רחוב

ישנם סטנדרטים הקובעים מהו טיפול איכותי באוכלוסיית דרי הרחוב, והם משותפים לכלל המענים הקיימים. סטנדרטים אלו מביאים בחשבון את ייחודיות האוכלוסייה ואת אתגרי הטיפול בה. הסטנדרטים כוללים:

1. **שותפות של מקבלי השירות**, במיוחד לנוכח העובדה שחלק מן השירותים דורשים רמת מחויבות גבוהה.
 2. **סיפוק רשת תמיכה אינטגרטיבית** שעוטפת את האדם ומנגישה לו את מגוון השירותים שהוא זקוק להם; **והגדרת נהלים והסדרת השירות** כדי למסד את הקשרים ואת דרכי הפעולה בין השלטון המרכזי, המקומי והחברה האזרחית.
 3. **התערבות מוקדמת ומניעת התופעה** כדי למנוע דרות רחוב כרונית.
 4. **כוח אדם איכותי ורתום** שמסוגל לאפיין את הצרכים של מקבלי השירות ולהתאים לו את המענה.
- לצד סטנדרטים אלו יש **סטנדרטים ייחודיים לשירותים שונים**.

ד. חשיבות הבקרה ומדידת תוצאות

מדידת תוצאות ומעקב מתמשך אחר מצבם של דרי הרחוב מסייעים לקדם את מצבם של דרי הרחוב בשלוש רמות: רמת הפרט, רמת המענה ורמת המדיניות. ברמת הפרט המדידה מאפשרת מעקב מתמשך אחר מצבו של דרי הרחוב והתאמה מיטבית של תוכנית ההתערבות; ברמת המענה, המדידה מאפשרת לעקוב אחר התנהלות השירות והצלחתו בקידום מצבם של דרי הרחוב ולערוך שינויים בהתאם; ברמת המדיניות, המדידה מאפשרת לעקוב אחר יעילות התוכניות לשם גיבוש המדיניות המיטבית (OECD, 2020b).

עוד פרסומים של המכון בנושא

אייזיק, ע. (2020). סיפורי הצלחה בעבודת עובדת סוציאלית משפחה במחלקות לשירותים חברתיים. דמ-843-20

אייזיק, ע., ברנדר, ד., שרביט, ז., לובצקי-גטה, ש., קפרנוב, א. וריבקין, ד. (2020). התמודדות עם ההשפעות של משבר הקורונה על אנשים החיים בעוני מתמשך. סקירה בין-לאומית. מ-170-20

דולב, ה. ולוי זוהר, א. (2020). שיתוף מקבלי השירות בפיקוח על שירותים חברתיים: מנגנוני השיתוף, האתגרים ועקרונות הפעולה המיטביים. סקירה בין-לאומית. דמ-821-20

דולב, ה. וצמח מרום, ת. (2015). מרכזים אינטגרטיביים לפי מודל One Stop Shop: עקרונות, סטנדרטים ודגשים בפיקוח. סקירת ספרות.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

מקורות

- אברמוביץ, ע. (2013). *חוויית החופש אצל חסרי הבית: המאבק על גיבוש זהות הרחוב*. עבודת תזה, אוניברסיטת חיפה הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, בית הספר לעבודה סוציאלית.
- בס ספקטור, ש. (2010). *מדיניות הטיפול בדרי רחוב*. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
- בקר, א. (2016). *הטיפול בחסרי בית צעירים - סקירה משווה*. מרכז המידע והמחקר של הכנסת.
- גן-מור, ג. ופריבך-חפץ, ד. (2009). *אין כתובת. הפרת זכויות האדם של חסרי הבית בישראל: תמונת מצב והצעה לגיבוש מדיניות חדשה*. נייר עמדה מטעם האגודה לזכויות האזרח בישראל, התוכנית למשפט רווחה, אוניברסיטת תל-אביב. <https://law.acri.org.il/pdf/homeless.pdf>
- דולב, ה. ולוי זוהר, א. (2020) *שיתוף מקבלי השירות בפיקוח על שירותים חברתיים: מנגנוני השיתוף, האתגרים ועקרונות הפעולה המיטביים: סקירה בין-לאומית*. דמ-821-20. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- דולב, ה. וצמח מרום, ת. (2015). *מרכזים אינטגרטיביים לפי מודל One Stop Shop: עקרונות, סטנדרטים ודגשים בפיקוח: סקירת ספרות*. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- כהן, י, קרומר-נבו, מ, אביאלי. (2016). *ארוחות ואחרות: תהליכי האחרה בבתי תמחוי. סוציולוגיה ישראלית, 18(1), 105-125*.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים. (2010). *הטיפול באוכלוסיית דרי הרחוב*. בתוך: *תקנות העבודה הסוציאלית. הוראות והודעות* (הוראה 33 לפרק 3 בתקנון עבודה סוציאלית).
- סנטו, י. וברגר, מ. (2014). *מיפוי דרי הרחוב בישראל - דוח סופי*. פילת ישראל מקבוצת היי קפיטל.
- קרומר-נבו, מ. (2015). *עבודה סוציאלית מודעת-עוני: פרדיגמה חדשה לפרקטיקה עם אנשים בעוני. חברה ורווחה, 3(3), 301-321*.
- שיינטוך ש. (2008). *חיים בשוליים: מדיניות כלפי אנשים חסרי בית בישראל*. משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- שיינטוך ש. (2018). *לשרוד בשולי העוני: מדיניות, שירותים וקצבאות לאנשים חסרי בית*. זלמן מוציא לאור.
- שיינטוך ש. (2018). *'דיור תחילה' בישראל. חברה ורווחה, ל"ח 4, 757-772*.
- Acosta, O., & Toro, P. A. (2000). Let's ask the homeless people themselves: A needs assessment based on a probability sample of adults. *American Journal of Community Psychology, 28(3), 343-366*.
- Australian Government. (2014). A National Quality Framework to support quality services for people experiencing homelessness. Option paper https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/05_2012/nqf_options_paper_0.pdf

Baggett, T. P., O'Connell, J. J., Singer, D. E., & Rigotti, N. A. (2010). The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *American journal of public health, 100*(7), 1326-1333.

Bothén, L. (2018). *Comparing the effect of Housing First against the Staircase Model on recovery*. Karolinska institutet.

Center for Evidence-based Solutions to Homelessness. (2019). Homelessness Prevention: A Review of the Literature. http://www.evidenceonhomelessness.com/wp-content/uploads/2019/02/Homelessness_Prevention_Literature_Synthesis.pdf

Center for the Advancement of Critical Time Intervention. (2020). CTI model. <https://www.criticaltime.org/cti-model/background/>

Connecticut Housing Finance Authority. (2016). Supportive Housing Guideline. https://www.chfa.org/assets/1/6/Supportive_Housing_Guideline_2016.pdf?1345

D'Souza, G., Tanton, R., Abello, A., Mohanty, I., & Thurecht, L. (2013). Geographical Analysis of the Risk of Homelessness. University of Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling (NATSEM). <http://www.nwhn.net.au/admin/file/content9/c14/Geographical-Analysis-of-the-Risk-of-Homelessness.pdf>

Dublin Region Homeless Executive. (2019). National Quality Standards Framework for Homeless Services in Ireland. <https://www.homelessdublin.ie/content/files/NQSF-Standards.pdf>

ESG (Emergency Solutions Grants Program). (2020). Retrieved on 4 February 2021 from <https://www.hudexchange.info/programs/esg/>

FEANTSA Country Fiche - Finland (November 2020). Retrieved on 18 December 2020 from https://www.feantsa.org/public/user/Resources/country_profiles/FL_-_Country_Profile_2020.pdf

Flatau, P., Conroy, E., Thielking, M., Clear, A., Hall, S., Bauskis, A., Farrugia, M. & Burns, L. (2013). How integrated are homelessness, mental health and drug and alcohol services in Australia? AHURI Final report No.206. <https://www.ahuri.edu.au/research/final-reports/206>

Gelberg, L., & Linn, L. S. (1989). Assessing the physical health of homeless adults. *Jama, 262*(14), 1973-1979.

Groton, D. (2013). Are housing first programs effective: a research note. *J. Soc. & Soc. Welfare, 40*, 51.

Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 13*(2), 171-186.

- Harvard Mental Health Letter. (2011). Assertive community treatment. <https://www.health.harvard.edu/newsletter/article/assertive-community-treatment>
- Hoch, C. (2000). Sheltering the homeless in the US: Social improvement and the continuum of care. *Housing Studies*, 15(6), 865-876.
- Holzhauser, C. G., Byrne, T., Simmons, M. M., Smelson, D., & Epstein, E. E. (2019). Profiles of Clinical Need Among Homeless Individuals with Dual Diagnoses. *Community Mental Health Journal*, 55(8), 1305-1312.
- Homelessness Australia. (2017). A National Homelessness Strategy: why we need it. https://www.homelessnessaustralia.org.au/sites/homelessnessaus/files/2018-11/2017%20HA%20Position%20Paper%20-%20FINAL_0.pdf
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 11. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E., & Schumacher, J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching?. *The Milbank Quarterly*, 87(2), 495-534.
- Knutagård, M., Heap, J. & Nelson, K. (2019). National strategies to fight homelessness and housing exclusion: Sweden. ESPN Thematic Report. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=21610&langId=en>
- Kresky-Wolff, M., Larson, M. J., O'Brien, R. W., & McGraw, S. A. (2010). Supportive housing approaches in the collaborative initiative to help end chronic homelessness (CICH). *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(2), 213-225.
- Larimer, M. E., Malone, D. K., Garner, M. D., Atkins, D. C., Burlingham, B., Lonczak, H. S., & Marlatt, G. A. (2009). Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *Jama*, 301(13), 1349-1357.
- Linn, L. S., & Gelberg, L. (1989). Priority of basic needs among homeless adults. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 24(1), 23-29.
- Johnsen, S., & Teixeira, L. (2010). *Staircases, elevators and cycles of change: 'Housing First'and other housing models for homeless people with complex support needs*. Crisis.
- Ly, A. & Latimer, E. (2015). Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (11), 475-487.
- Main, T. (1998). How to think about homelessness: Balancing structural and individual causes. *Journal of social distress and the homeless*, 7(1), 41-54.

- Mojtabai, R. (2005). Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 56(2), 172-178.
- Novac, S., Brown, J. & Bourbonnais, C. (2009). Transitional Housing Models in Canada: Options and Outcomes. In: Hulchanski, J. D; Campsie, P; Chau, S; Hwang, S; Paradis, E (eds.) *Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada* (e-book), Chapter 1.1. Toronto: Cities Centre, University of Toronto. www.homelesshub.ca/FindingHome
- OECD. (2019). Reaching Home: Canada's Homeless Strategy. <http://www.oecd.org/social/soc/OECD-Workshop-Homelessness-PPT-S1-Baker-Canada.pdf>
- OECD. (2020a). Homelessness and housing exclusion. <http://www.oecd.org/housing/data/affordable-housing-database/housing-conditions.htm>
- OECD. (2020b). "Better data and policies to fight homelessness in the OECD", Policy Brief on Affordable Housing, OECD, Paris, <http://oe.cd/homelessness-2020>
- Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on social work practice*, 16(1), 74-83.
- Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social science & medicine*, 64(9), 1925-1936.
- Pathways to Housing. (2020). Five principles. Retrieved October 11, 2020 from: <https://www.pathwayshousingfirst.org/>
- Paudyal, V., MacLure, K., Buchanan, C., Wilson, L., MacLeod, J., & Stewart, D. (2017). 'When you are homeless, you are not thinking about your medication, but your food, shelter or heat for the night': behavioural determinants of homeless patients' adherence to prescribed medicines. *Public Health*, 148, 1-8.
- Phillips, D. (2016). Consumer Participation Guide. Retrieved December 10, 2020 from: <https://www.homelessnessnsw.org.au/media/91>
- Pleace, N., Baptista, I., Benjaminsen, L., & Busch-Geertsema, V. (2019). *The Regulation and Quality of Homelessness Services: EOH Comparative Studies on Homelessness 9*. Research Report. FEANTSA <https://www.feantsaresearch.org/en/comparative-studies/2020/02/25/comparative-studies-on-homelessness-number-9-2019?bcParent=763>
- Pleace, N. (2011). The Ambiguities, Limits and Risks of Housing First from a European Perspective. *European Journal of Homelessness*, 5 (2), 113-127.

Price, N., Lavi Wilson, N., & Solomon, C. (2019). Effectiveness of Financial Literacy Interventions Provided to Homeless; Will It Increase Self-sufficiency. *J Clin Cases Rep S*, 1, 6-10.

Ridgway, P., & Zipple, A. M. (1990). The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 11.

Sahlin, I. (2005). The staircase of transition: Survival through failure. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 18(2), 115-136.

SAMHSA (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration) .(2020). LaCHATS project one-stop homeless services center, Retrieved January 26, 2020 from: <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/one-stop-homeless-services-center>

San Bernardino Continuum of Care (CoC). (2017). Working Paper to Establish Written Standards for Providing Continuum of Care Assistance. http://www.sbcounty.gov/Uploads/DBH/SBCHP/Announcements/2016CoC_Standards.pdf

County of Santa Clara. (2020). Quality Assurance Standards for Homeless Housing & Service Programs. <https://www.sccgov.org/sites/osh/ContinuumofCare/CoC%20Toolkit/Documents/Quality%20Assurance%20Standards/SCC%20CoC%20Quality%20Assurance%20Standards%20-%20052620%20-%20HUD%20Mega%20Waiver.pdf>

Social Programs That Work. (2020). Critical Time Intervention. Retrieved December 10, 2020 from: <https://evidencebasedprograms.org/programs/critical-time-intervention/>

Stanhope, V., & Dunn, K. (2011). The curious case of Housing First: The limits of evidence based policy. *International journal of law and psychiatry*, 34(4), 275-282.

Tainio, H., & Fredriksson, P. (2009). The Finnish homelessness strategy: from a 'staircase' model to a 'housing first' approach to tackling long-term homelessness. *European Journal of Homelessness*, 3, 181-199.

Tessler, R., Rosenheck, R., & Gamache, G. (2001). Gender differences in self-reported reasons for homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 10(3), 243-254.

Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American journal of public health*, 94(4), 651-656.

The Faculty for Homeless and Inclusion Health. (2018). Homeless and Inclusion Health standards for commissioners and service providers. <https://www.pathway.org.uk/wp-content/uploads/Version-3.1-Standards-2018-Final-1.pdf>

The Universal Declaration of Human Rights, Article 25. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

US Department of Housing and Urban Development. (2020). Continuum of Care (CoC) Program Eligibility Requirements. <https://www.hudexchange.info/programs/coc/coc-program-eligibility-requirements/>

West, R. (2006) *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwell.

Williams, S., & Stickley, T. (2011). Stories from the streets: people's experiences of homelessness. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(5), 432-439.

Wong, Y. L. I., Park, J. M., & Nemon, H. (2006). Homeless service delivery in the context of continuum of care. *Administration in Social Work*, 30(1), 67-94.

Yanos, P. T., Felton, B. J., Tsemberis, S., & Frye, V. A. (2007). Exploring the role of housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of mental health*, 16(6), 703-717.

נספח א: סטנדרטים לאיכות הטיפול בחסרי בית באוסטרליה

לוח א-1: National homelessness standards key organisational areas

1. Your Clients	2. Your Relationships	3. Your Organisation
<p>1.1 Upholding and promoting rights</p> <p>The organisation ensures that all aspects of its operations acknowledge, promote and uphold the human rights of its clients. Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rights-based approaches ▪ client charters ▪ privacy and confidentiality 	<p>2.1 Building partnerships and integrated networks</p> <p>The organisation links and collaborates with other organisations to achieve best outcomes for individuals, organisations and communities. Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ forums ▪ industry development ▪ research and practiced development ▪ collaboration 	<p>3.1 Systems management</p> <p>There are effective management systems and strategies to ensure the organisation's goals are met. Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ policy implementation ▪ leadership ▪ planning, evaluation and quality improvement ▪ information management ▪ administration systems ▪ financial management ▪ operational risk management
<p>1.2 Client participation</p> <p>The organisation ensures its practices and processes reflect a commitment to enabling clients to participate in the decision making process and supports them to make their own decisions and achieve goals. This includes both participation in decisions directly related to a client's case and also the operation of the organisation. Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ feedback/complaints mechanisms ▪ decision making, planning ▪ policies and procedures ▪ constitution, value statements 	<p>2.2 Systems advocacy and community education</p> <p>The organisation works to build and sustain the community capacity and to foster constructive and respectful relationships among the members of the community. Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ community and relationship ▪ autonomy ▪ participation ▪ systems advocacy ▪ social resources 	<p>3.2 Human resource management</p> <p>The organisation plans, develops and supports its workforce, both paid and voluntary, to ensure the effectiveness of its services. Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ human resource planning ▪ personnel management ▪ orientation ▪ training and development ▪ occupational health and safety ▪ equal employment opportunity and anti-discrimination ▪ competencies of staff

1. Your Clients	2. Your Relationships	3. Your Organisation
<p>1.3 Direct service delivery (including to specific groups)</p> <p>The design and review of services and programs focus on positive outcomes for clients/participants.</p> <p>Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ case management ▪ evidence-based practice ▪ designing ▪ client focus, assessment ▪ review ▪ integration ▪ documentation ▪ exit and transition 	<p>2.3 Integrated service delivery</p> <p>The organisation works closely with other organisations to address the multiple needs of clients to achieve best outcomes.</p> <p>Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ communication between services ▪ efficient referral systems ▪ alliance models 	<p>3.3 Governance</p> <p>The governing entity defines clear goals and purposes for the organisation, develops strategies to achieve and monitor the organization and is accountable for all its activities.</p> <p>Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ accountability ▪ strategic and business planning ▪ strategic risk management ▪ communication ▪ regulatory environment ▪ policy framework ▪ organisation structure
<p>1.4 Access and equity</p> <p>The organisation provides fair and equitable access to its services and programs, actively identifying and removing barriers for eligible clients from disadvantaged backgrounds.</p> <p>Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ equity of access ▪ entry, exit and re-entry ▪ referral ▪ information ▪ rights and responsibilities 	<p>3.4 Physical amenities</p> <p>The organisation's physical structures are safe and offer security and privacy for clients and staff.</p> <p>Key organisational areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ facilities management ▪ adequacy of physical amenities ▪ safety and security of facilities and equipment ▪ client privacy 	

מקור: Australian Government, 2014

נספח ב: מסגרת סטנדרטים לאיכות הטיפול בחסרי בית, ברמה הלאומית באירלנד

נושא 1: שירותים ממוקדי אדם

- סטנדרט 1.1: השירותים מכבדים ומקדמים את הזכויות של כל מקבל שירות ללא הבדל גזע, דת, מין ועוד.
- סטנדרט 1.2: השירות מקדם בפועל תרבות של מעורבות של מקבלי השירות, תוך הבנת צורכיהם ותפיסותיהם של מקבלי השירות בכל רמות התכנון והביצוע.
- סטנדרט 1.3: השירות מקשיב לתלונות ולחששות של מקבלי השירות ופועל בהתאם, תוך זמן ראוי ובאופן תומך ויעיל.
- סטנדרט 1.4: למקבלי השירות יש אוטונומיה ויכולת בחירה בחיי היום-יום שלהם ובהתאם להעדפותיהם.

נושא 2: שירותים יעילים

- סטנדרט 2.1: על שירותים ללא לינה להתערב באופן יעיל ומוקדם בנקודת הכניסה של מקבל השירות כדי למנוע או לצמצם את חווית חסרי הבית.
- סטנדרט 2.2: השירותים מציעים הערכה יעילה של צורכי הדיור והתמיכה של מקבל השירות ומציעים תכנון תמיכה יעיל לאנשים בסיכון לחסרות בית או לחסרי בית בפועל.
- סטנדרט 2.3: השירותים פועלים יחד כדי לספק תמיכה וטיפול משולב לאנשים בסיכון לחסרות בית או לחסרי בית בפועל.
- סטנדרט 2.4: מקבלי השירות מקבלים תמיכה עקבית ורציפה ליציאתם מן הרחוב ושימור המצב.

נושא 3: שירותים בטוחים

- סטנדרט 3.1: מקבלי השירות מוגנים מפני התעללות והשירותים מבטיחים את שלומם ורווחתם.
- סטנדרט 3.2: השירותים מעריכים ומנהלים את הסיכונים לקידום בטיחותם של מקבלי השירות והצוות.
- סטנדרט 3.3: שירותים לאנשים בסיכון לחסרות בית או לחסרי בית פועלים לפי החקיקה הרלוונטית באשר לביטחון, לבריאות ולבטיחות של מקבלי השירות והצוות.
- סטנדרט 3.4: הסביבה הפיזית מקדמת את בטיחותם, בריאותם ורווחתם של מקבלי השירות.

נושא 4: בריאות, רווחה ופיתוח אישי

- סטנדרט 4.1: השירותים מקדמים בריאות ורווחה.
- סטנדרט 4.2: מקבלי השירות מקבלים תמיכה כדי להפחית נזקים הנגרמים משימוש לרעה באלכוהול וסמים.
- סטנדרט 4.3: השירותים נמצאים בקשר עם סוכנויות אחרות כדי לספק גישה למגוון שירותים עבור מקבלי השירות כדי לקדם את רווחתם, הכשרתם ואפשרויות התעסוקה שלהם.

נושא 5: מנהיגות, משילות וניהול

סטנדרט 5.1: לשירותים יש סדרי מנהיגות, ממשל וניהול יעילים כדי לספק שירותים יעילים לאנשים בסיכון לחסרות בית או לחסרי בית בפועל.

סטנדרט 5.2: שירותים ממלאים את תפקידיהם בהתאם לחקיקה, תקנות, מדיניות לאומית וסטנדרטים רלוונטיים למניעת חסרות בית או למזעור חוויית חסר הבית של מקבל השירות.

סטנדרט 5.3: השירותים פועלים בתרבות של שיפור איכות מתמשך.

נושא 6: שימוש במשאבים

סטנדרט 6.1: נעשה שימוש במשאבים למניעת תופעת חסרי הבית או להפחתת הזמן של חסרי הבית ברחוב.

נושא 7: כוח עבודה רתום

סטנדרט 7.1: תהליך גיוס העובדים מבוסס על בחירת צוות עם הידע, הכישורים והניסיון המתאימים ביותר לעבודה עם חסרי בית.

סטנדרט 7.2: הצוות מפגין יכולת במתן שירות בטוח ויעיל לאנשים בסיכון לחסרות בית או לחסרי בית.

סטנדרט 7.3: השירותים מפתחים את הצוות ותומכים בו כדי שיספק שירותים בטוחים ויעילים.

סטנדרט 7.4: הצוות רתום ומתאים בעקביות את הנוהג שלו לספק שירותים בטוחים ויעילים לאנשים בסיכון לחסרות בית או לחסרי בית.

נושא 8: שימוש במידע

סטנדרט 8.1: השירותים עושים שימוש במידע הן בתכנון הן בביצוע.

סטנדרט 8.2: הסדרי המידע של הממשל מבטיחים שמירת רישום מאובטחת ומערכות ניהול קבצים כדי לספק שירות ממוקד אדם ויעיל.

סטנדרט 8.3: שירותים ללא קורת גג מספקים מידע ברור ונגיש למשתמשי השירות, לצוות ולגורמים חיצוניים.

מקור: Dublin Region Homeless Executive, 2019